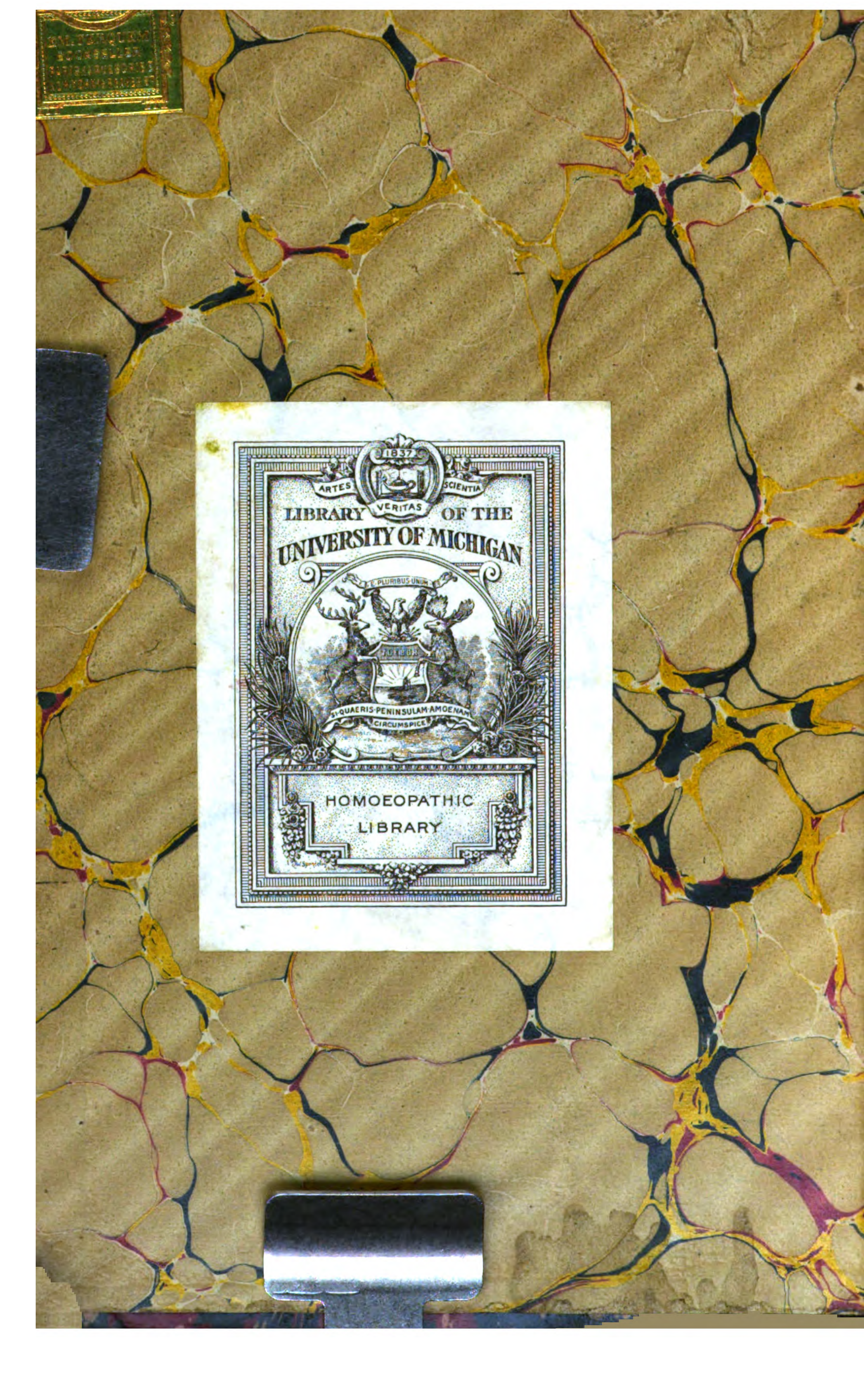
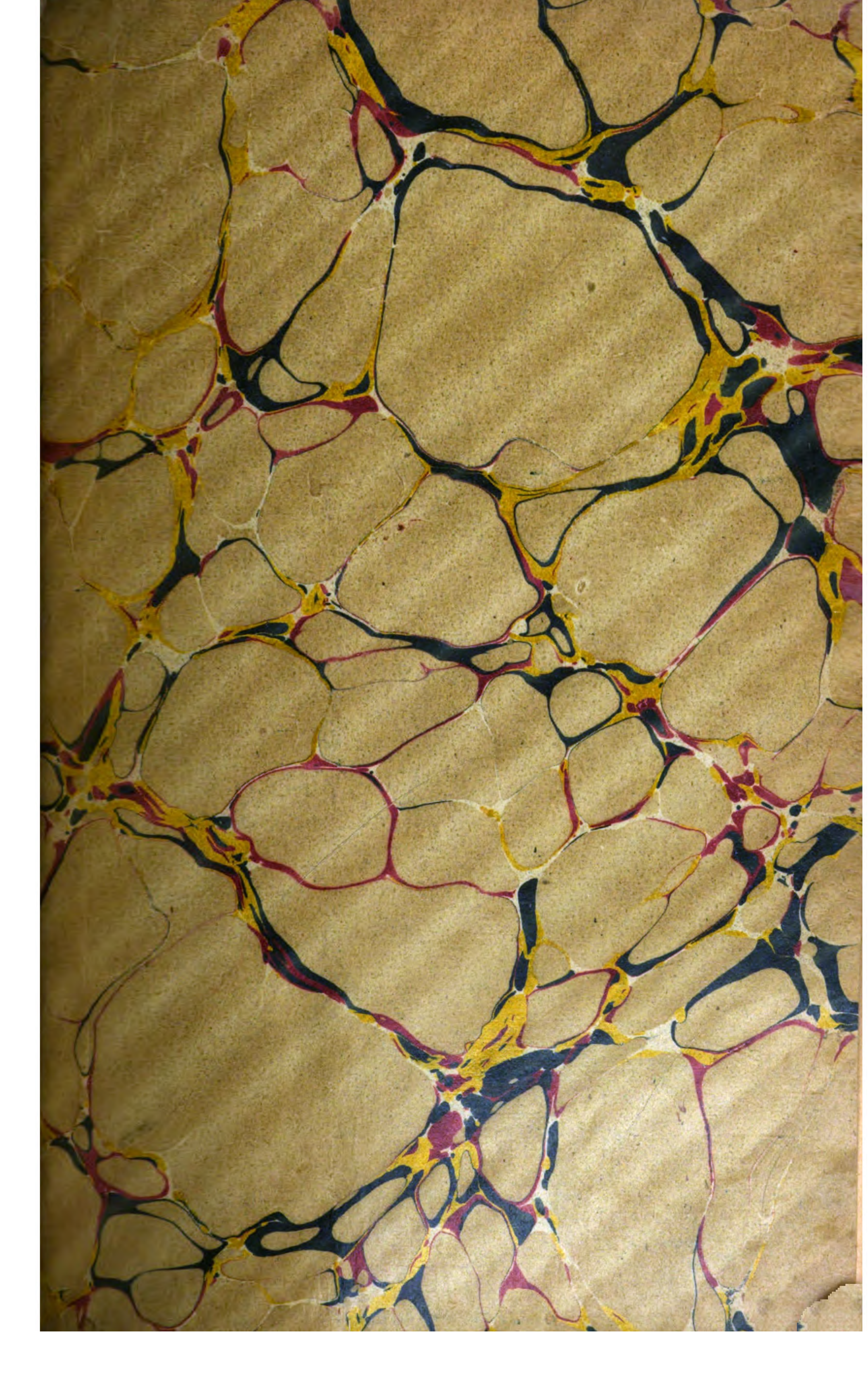
B 3 9015 00223 525 0
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
HOMOEOPATHIC
LIBRARY



L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MEDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE	NOSOGRAPHIE
ANATOMIE	ÉTIOLOGIE
PHYSIOLOGIE	SÉMÉIOTIQUE
HYGIÈNE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

QUARANTE ET UNIÈME ANNÉE
TOME LXXX

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
241, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 241

1895

L'ART MÉDICAL

JANVIER 1895

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

PREMIÈRE LEÇON

Enseignement de la thérapeutique. — Diabète.

Vous savez aussi bien que moi dans quel état de misère se trouvait la thérapeutique quand, au commencement de ce siècle, apparut la grande figure de Hahnemann. Cet illustre savant a, au moins pour ses élèves, transformé la thérapeutique.

Vous savez aussi qu'à l'heure présente, malgré une matière médicale d'une richesse inconnue jusqu'ici, la thérapeutique est aussi pauvre qu'au commencement de ce siècle et je n'en veux pour preuve que cette exclamation du Dr Landouzy en ouvrant son cours : « En dehors du traitement de la fièvre intermittente et de la syphilis, nous ne savons rien de certain en thérapeutique. »

Ainsi depuis Hahnemann on étudie dans toutes les écoles l'action positive des médicaments sur l'homme sain et sur les animaux. Les chimistes et les pharmaciens découvrent chaque jour de nouveaux médicaments. On peut donc dire que jamais la matière médicale ne fut aussi riche et aussi précise. Et cependant à l'exception de la médication palliative, la thérapeutique curative n'a fait aucun progrès.

D'où vient cette contradiction entre la richesse des

instruments de guérison et la thérapeutique? de l'absence d'une loi d'indication.

De quelle utilité peuvent être au médecin les milliers d'agents thérapeutiques que des pharmaciens avisés tiennent à sa disposition! A rien, s'il n'a pas une règle précise pour l'emploi de cet arsenal. Et encore une fois, en dehors de la médication palliative, tous ces médicaments restent lettre morte entre les mains des praticiens. Heureux encore si quelques esprits audacieux ne prescrivent pas à tort et à travers des substances d'une énergie incontestable.

Qu'est-ce que c'est donc qu'une indication?

L'indication, tout le monde en parle; peu comprennent la signification de ce mot et personne ne la définit. Ainsi dans l'ouverture de son cours de clinique un professeur qu'il est inutile de nommer disait qu'il fallait faire la médecine des indications; que l'indication se tirait de la nature de la maladie; que, par exemple, c'était cette règle d'indication qui avait trouvé le mercure et l'iodure du potassium dans la syphilis, le quinquina dans la fièvre intermittente.

Évidemment ce professeur n'a qu'une notion confuse de ce qu'est l'indication et plus confuse encore de ce qu'est la nature de la maladie.

Le mercure et l'iodure de potassium sont nés de l'empirisme et non des indications fournies par la nature de la maladie. Quand les premiers syphilographes ont prescrit le mercure dans la syphilis, quand Ricord précisa l'emploi de ce médicament et l'associa à l'iodure de potassium l'école microbienne n'existait pas encore; et ce n'était point comme antiseptiques qu'étaient prescrits ces

deux médicaments. Si les élèves de Ricord, et parmi eux Fournier, ont donné au traitement de la syphilis une admirable précision, ils n'ont point été guidés par les théories microbiennes, par l'idée de la nature infectieuse de la syphilis, mais bien par l'observation minutieuse de la marche de la maladie et de l'action des médicaments sur cette marche. Ils ont fait de l'empirisme dans le bon sens du mot; de l'empirisme fondé sur l'observation clinique.

Je pourrais répéter la même chose sur le traitement de la fièvre intermittente. Les préceptes si admirables de Torti, de Sydenham, résumés par Bretonneau, ont précédé d'un grand nombre d'années la découverte de Laveran sur le microbe de la fièvre intermittente.

L'indication du mercure et de l'iodure de potassium dans la syphilis et du sulfate de quinine dans la fièvre intermittente n'est pas tirée de la nature de la maladie : c'est une indication empirique.

Qu'est-ce donc qu'une indication?

Voici la définition de l'indication donnée par Galien, définition aussi claire que précise : « *L'indication est la raison évidente d'une action déterminée* » et, en conscience, un médecin n'a pas le droit d'employer un médicament s'il n'existe pas une raison évidente de son emploi.

En dehors de la règle posée par Galien, le médecin est coupable de la mort ou de la non guérison du malade.

Mais il faut que l'indication soit positive, il faut que la raison d'action soit évidente et il faut que le médicament soit connu dans son action ou que l'intervention chirurgicale soit déterminée.

Quelques exemples feront comprendre ce qui précède.

Une hernie est étranglée, l'indication qui naît de cet accident est le débridement de l'anneau qui étrangle la hernie. C'est là une indication positive, la raison d'agir comme l'action déterminée, sont l'une et l'autre évidentes.

Un corps étranger ou une fausse membrane obstrue le larynx d'où la raison évidente d'une action déterminée : la trachéotomie. C'est encore là une action positive. Un épanchement remplit la plèvre, le malade menace de mourir de syncope ou d'asphyxie, d'où la raison évidente d'une action déterminée, la thoracentèse; c'est encore là une indication positive.

Mais l'indication cesse d'être positive pour le médecin qui prétend traiter tous les épanchements, à quelque période qu'ils soient, par la thoracentèse.

La raison d'action n'est point évidente dans ce cas; aussi le résultat est-il souvent fâcheux.

Ce sont des indications *hypothétiques* que celles de la saignée dans la pneumonie, dans le rhumatisme et la fièvre typhoïde. Indications hypothétiques encore que celles des évacuants quand la langue est saburrale ; de même l'indication du vésicatoire dans la pleurésie que les uns prescrivent au début de la maladie, les autres dans la période d'état ou dans celle de déclin, que d'autres enfin condamnent ouvertement. C'est parce que ces indications sont hypothétiques qu'elles sont essentiellement variables, sujettes au caprice et à la mode et que Talamon a pu dire des vésicatoires qu'ils n'étaient destinés qu'à occuper le malade et sa famille.

Les indications homœopathiques sont toujours positives! Pourquoi! Parce que l'action du médicament est connue expérimentalement et que la règle qui sert à prescrire, la loi de similitude, fonctionne indépendamment de toute

hypothèse. Elle repose, en effet, sur la connaissance de l'action du médicament sur l'homme sain et sur celle des symptômes de la maladie. Exemples : L'indication du veratrum dans le choléra est positive parce qu'elle repose sur la connaissance des symptômes cholériformes produits par le veratrum chez l'homme sain et sur la constatation des symptômes cholériques chez le malade. De même l'indication du drosera dans la coqueluche est positive parce que ce médicament produit chez l'homme sain une toux quinteuse avec vomissement; de même le tabac dans le vertige avec nausées et vomissements puisque le tabac produit ce syndrome chez les jeunes fumeurs.

En dehors de l'homœopathie ou mieux à côté de l'homœopathie il existe une médication toute récente, la *sérumthérapie*, qui est aussi une thérapeutique positive parce qu'elle repose sur la loi des semblables et sur la connaissance exacte des toxines employées.

La sérumthérapie consiste à appliquer au traitement d'une maladie déterminée le sérum d'un animal immunisé contre cette maladie. Cette médication a été appliquée sans grand succès au traitement du tétanos ; elle a été à peine essayée dans le traitement de la fièvre typhoïde, mais elle a obtenu un grand et légitime succès dans le traitement de la diphtérie.

Sous le nom d'isopathie, l'école de Hahnemann a plusieurs fois tenté de guérir la maladie par le produit morbide même de cette maladie. Ainsi Pierre Dufresne,de Genève, a guéri la pustule maligne par le suc dilué de cette pustule à l'intérieur et à l'extérieur. Lutz a traité par la même méthode la peste et le choléra ; et en 1873, à

Mossoul, en Mésopotamie, le Dr Collet, dominicain, a traité avec un grand succès par la fausse membrane diluée à la 5e dilution les diphtéries si dangereuses de ce pays.

Nous saluons donc la découverte du Dr Roux comme l'aurore d'une nouvelle thérapeutique appelée à compléter la réforme de Hahnemann. Non seulement nous applaudissons au succès de cette nouvelle méthode mais nous ferons tous nos efforts pour contribuer à son extension au traitement d'autres maladies.

Il est encore une autre médication positive, elle aussi, quoiqu'elle diffère beaucoup de celle que nous venons de passer en revue. Elle consiste à rendre à un organisme, soit par la voie stomacale, soit par les injections sous-cutanées, une substance qui lui fait défaut et dont l'absence engendre une maladie. Exemples : on enlève la glande thyroïde à un enfant, ou bien cette glande est détruite par une maladie, le myxœdème se développe aussitôt. Le malade devient pâle, bouffi, faible ; sa croissance se suspend, son intelligence diminue, le pouls devient petit et rare. La chaleur tombe au-dessous de la normale ; les urines contiennent à peine de l'urée et se réduisent à un quart de litre, etc.

Si à ce malade vous faites ingurgiter des portions de glande thyroïde recueillie sur un animal sain, les symptômes diminuent rapidement et il finit par recouvrir la santé.

De même chez les malades dont le diabète est causé par la destruction du pancréas on amène la guérison en faisant absorber du pancréas d'animal sain. Nous proposons d'appeler cette thérapeutique *thérapeutique vicariante.*

A propos de ce nouveau traitement du diabète, il est nécessaire que nous jetions un coup d'œil non sur les théories aussi incohérentes que nombreuses qui ont été données sur le diabète, mais sur les faits de physiologie expérimentale qui ont rapport à la production du sucre dans l'économie.

Claude Bernard a démontré que le *foie* fabriquait de la matière glycogène aux dépens des aliments animaux et végétaux. Cette matière glycogène est une sorte d'amidon qui ne réduit pas le réactif cupro-potassique, mais qui se colore en violet par l'iode. Chez l'animal bien portant, elle s'accumule en grande abondance dans le foie mais elle diminue et même disparaît pendant les maladies et l'inanition.

Cette espèce d'amidon a été appelé glycogène par Claude Bernard parce que le foie la transforme en sucre. Ce sucre sort du foie par les veines sus-hépatiques et il est transformé en acide lactique.

Si le foie fabrique du sucre, le *pancréas* produit une substance glycolytique. C'est elle qui transforme le sucre formé par le foie comme le prouve la destruction du pancréas chez les animaux ou sa destruction chez l'homme par les maladies. Cette destruction conclut au développement du diabète parce que la substance glycolytique n'étant plus formée, le sucre n'est plus détruit ; il circule avec le sang et est excrété par les urines. Les excitations nerveuses du 4[e] ventricule arrêtent par inhibition la fonction pancréatique et produisent le diabète.

En résumé, en état de santé le foie produit le sucre à l'aide de la matière glycogène, et le pancréas détruit le sucre à l'aide d'une substance glycolitique. D'où l'importance du pancréas dans la pathogénie du diabète.

De ces faits est née l'indication du traitement du diabète par le suc pancréatique préparé par la méthode d'Arsonval. Mais, à ma connaissance, c'est à l'hôpital Saint-Jacques qu'on a commencé à administrer cette substance par la voie stomacale afin d'éviter au diabétique les accidents qui peuvent suivre les injections sous-cutanées. Voici l'observation de la malade à laquelle je fais allusion.

Obs. I. — Mlle Maria B.., âgée de 60 ans, cuisinière, atteinte du diabète depuis une époque indéterminée mais qui remonte certainement à plus de six mois, est entrée à l'hôpital Saint-Jacques le 1er décembre 1893. Elle occupe le nº 4 de la petite salle.

Son diabète est caractérisé par la soif, des urines abondantes contenant 47 gr. de sucre. Comme beaucoup de femmes diabétiques, elle éprouve un prurit vulvaire très intense. Elle a une diarrhée accidentelle. On prescrit pour le prurit vulvaire des lotions avec la liqueur de Van Swieten et à l'intérieur mercurius corrosivus à la 3e dilution.

Le 7 décembre, la malade étant débarrassée de sa diarrhée, nous la mettons à l'usage du liquide pancréatique à la dose d'une demi-ampoule dans 200 grammes d'eau, quatre cuillerées par jour (1). Régime composé de viandes rôties, de légumes verts et de pommes de terre bouillies. Pas de pain.

Sous l'influence de ce traitement, la malade se trouve rapidement mieux, les forces reviennent, le sucre, de 47 grammes tombe à 33 grammes ; huit jours après le

---

(1) La potion contenait XVIII gouttes de liquide pancréatique, elle durait trois jours, la malade prenait donc VI gouttes par jour.

commencement du traitement, il n'y avait plus que 20 grammes. Le sucre diminua progressivement à 13 gr. à 9 grammes, à 5 grammes le 20 janvier. La malade éprouva deux petites affections accidentelles : une angine catarrhale, le 12, le 13 et le 14, traitée par belladone teinture-mère, puis le 15, le 16 et le 17 un retour de diarrhée qui céda rapidement à croton tiglium 3e dilution.

Le 18 janvier, la malade reprend son traitement par le liquide pancréatique qu'elle continue jusque vers le 25 janvier. A ce moment, les urines ne pesaient plus que 1.017 et ne contenaient pas de trace de sucre. Examinées de nouveau le 2 février, les urines étaient tout à fait normales.

La malade est repartie pour son pays le 5 février.

Nous avons dans nos salles une malade atteinte de diabète. Nous la soumettrons au même traitement et je vous dirai le résultat obtenu dans une prochaine leçon.

Dr P. JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

OBSERVATIONS D'ANGINES DIPHTÉRITIQUES (ANGINES COUENNEUSES) TRAITÉES PAR LA MÉDICATION ISOPATHIQUE

Je mettais mes derniers soins à un travail sur les avantages des procédés isopathiques pour la guérison des diverses maladies, quand je fus instruit par quelques journaux médicaux des faits remarquables de guérison de la diphtérie par le Dr Roux à l'aide de la sérothérapie.

Comme les médecins et le public sont en ce moment (1) tout préoccupés de l'application générale de ce précieux mode de guérir, il m'a semblé qu'il ne serait pas inopportun de montrer que des procédés isopathiques, voisins de ceux de la sérothérapie, mais plus simples et plus facilement applicables, arrivent aussi à guérir sûrement de la diphtérie, absolument dans les mêmes conditions, c'est-à-dire quand le mal n'a que quelques jours de date. C'est pourquoi j'ai distrait de mon travail plus général, pour les offrir maintenant à la publicité, quelques faits de guérison de diphtérie qui me sont personnels et que j'ai obtenus pendant un séjour que j'ai fait à Mossoul, ancienne Ninive (Mésopotamie), où je suis resté quatre ans (de 1873 à 1877) en qualité de médecin, chargé du dispensaire de la Mission Dominicaine française qui réside en cette ville.

I. — En mai 1874, à Mossoul (Mésopotamie), une jeune fille de 20 ans, Anna Gorgis, est amenée par sa grand'mère à ma consultation pour un mal de gorge datant, dit-elle, d'un peu plus de vingt-quatre heures.

A l'examen je constate que les deux amygdales sont gonflées et présentent à leur surface des plaques blanchâ-

(1) Ce travail important par ses résultats et par une orientation nouvelle de la thérapeutique homœopathique, sera publié d'ici quelques mois, dans les colonnes de l'*Art Médical.* Le R. P. Collet, en me confiant ces feuilles d'observations, me chargeait de les revoir, et d'en éliminer ce qui aurait pu sembler inopportun. Sa modestie religieuse trouvera bon que je n'aie pas voulu me permettre de changer un mot à ce travail de science et de bonne foi, qui sera certainement apprécié comme il mérite de l'être, par nos lecteurs et amis.

Dr J.-P. T.

tres irrégulières qui me semblent être de véritables fausses membranes. On ne voit rien au palais : il n'y a rien non plus au dedans des joues ou dans la bouche qui me puisse faire reconnaître du muguet. Ce n'est pas non plus la sécrétion blanc jaunâtre que fournissent les follicules des amygdales simplement enflammées. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés à droite et à gauche. Il y a de la difficulté à avaler, une voix légèrement gutturale, mais ni toux ni oppression. D'autre part la malade a un malaise général depuis vingt-quatre heures seulement ; car les jours précédents elle était bien portante. Je me crois donc en présence d'une véritable angine couenneuse.

Il y avait quelque temps que j'aspirais à traiter une pareille affection. En effet les remèdes isopathiques, que je venais d'essayer, m'avaient donné depuis plusieurs semaines des guérisons plus rapides que les moyens habituellement employés dans des maladies d'yeux, telles que des ophthalmies scrofuleuses et des kératites. Mais j'aurais voulu, pour être bien convaincu de la bonne action d'un remède isopathique, avoir une maladie grave à soigner par cette méthode et la guérir. Or l'angine couenneuse était une de ces maladies graves ; elle était même ordinairement mortelle à Mossoul, traitée, ainsi qu'elle y était, par des praticiens du pays, à l'aide de sangsues, de révulsifs, de vomitifs ; et si une pareille maladie soignée par la méthode isopathique était guérie, cela me manifesterait indubitablement la valeur réelle de cette médication. L'occasion qui m'était fournie m'était donc précieuse à cet égard et je résolus de la mettre à profit.

Pour cela j'enroulai au bout d'un stylet un ruban de linge usé de manière à me former un petit pinceau ; je le portai sur une plaque couenneuse d'une amygdale, et je

l'y frottai un moment en le tournant sur lui-même ; puis, ramenant ce pinceau hors de la bouche, je constatai qu'il gardait quelques débris de la fausse membrane, tout en ayant remarqué par le frottement que la fausse membrane n'était pas d'une matière molle et caséeuse comme celle du muguet, mais bien résistante comme une vraie membrane. Je coupai alors le bout de ce pinceau de linge et le mis tremper dans deux cuillerées d'eau pure au fond d'un flacon de 150 grammes à large tubulure. J'agitai le tout pendant une minute ou deux, et j'obtins ainsi une première dilution. Je ne m'arrêtai pas là, mais je fis successivement plusieurs dilutions, suivant les procédés que j'indique plus loin, et m'arrêtai à la 5e dilution centésimale alcoolique. De cette dilution j'imprégnai des globules inertes de sucre de lait ; je fis plusieurs paquets de 10 de ces globules que j'écrasai afin de rendre leur maniement plus facile, et je prescrivis de les faire dissoudre, à mesure du besoin, chacun dans un grand verre d'eau pure, et de donner de cette solution à la malade, par cuillerée à soupe, toutes les dix minutes. J'estimais en effet que dans une maladie aussi grave et à marche si rapide le remède doit être administré d'une manière fréquente et suffisamment prolongée. Pour toute alimentation j'indiquai de donner du lait assez souvent entre les cuillerées médicamenteuses. Il était 11 heures du matin quand la prescription fut exécutée. A 6 heures du soir je revis la malade ; elle se disait déjà mieux, et je crus moi-même constater une amélioration de la gorge, mais sans rien de trop précis. Je fis veiller la malade et continuer le même traitement toute la nuit. Le lendemain matin, sans nul doute cette fois, les fausses membranes étaient moins étendues et moins épaisses : elles semblaient s'en aller en

deliquium. La malade, quoique fatiguée, se sent la gorge plus libre, et son malaise général est moindre. Je fais toujours continuer la médication; mais les cuillerées de solution ne sont plus données que d'heure en heure, et le soir, à ma visite, les fausses membranes sont encore plus réduites en étendue et en épaisseur. La médication est donnée la nuit de trois heures en trois heures, et du lait de temps en temps. Le 3e jour du traitement, au matin, les plaques couenneuses sont pour ainsi dire disparues; il n'y en a plus que quelques soupçons çà et là; les amygdales sont moins gonflées et les glandes sous-maxillaires également. La médication est néanmoins maintenue 4 fois dans la journée et 1 fois dans la nuit. Le 4e jour il n'y a plus du tout de plaques couenneuses : seules les amygdales restent encore un peu grosses. La médication est supprimée; elle a même été bien prolongée; mais j'ai cru devoir la continuer jusqu'à la disparition complète des membranes : pouvait-on la suspendre plus tôt? Je n'avais aucune donnée à ce sujet, et je préférai assurer la guérison. Cependant à partir du 4e jour on alimente légèrement la malade. Le 5e jour je la considère comme guérie, tout en lui faisant garder certaines précautions pendant quelques jours encore.

J'étais certes très satisfait de cet heureux résultat dû à la médication isopathique; mais je mettais une sourdine à mon contentement, en me disant que peut-être ce n'était qu'une coïncidence fortuite de guérison naturelle, et qu'il était nécessaire de voir maintenant de nouveaux faits venir donner appui à ce premier, pour pouvoir assurer l'efficacité indubitable de la médication isopathique dans cette affection et par induction dans beaucoup d'autres.

II. — Le 11 juin 1874, toujours à Mossoul (Mésopotamie), je fus mandé dans une famille dont je n'ai pas noté le nom, pour voir un jeune homme de 16 ans, malade de la gorge depuis la veille. Il est couché, il a la fièvre, avec difficulté d'avaler, voix gutturale et gonflement des ganglions sous-maxillaires du côté droit. A l'inspection du fond de la bouche, je trouve l'amygdale droite gonflée et parsemée de plaques blanc grisâtre diphtéritiques : une plaque existe sur le voile du palais du même côté.

Comme je venais, il y avait deux à trois semaines, de guérir une jeune fille d'angine couenneuse à l'aide de la 5e dilution isopathique d'angine couenneuse (que je nommerai désormais *diphtérine*), je donnai à ce nouveau malade le même remède et de la même façon, c'est-à-dire 10 globules de cette diphtérine par verre d'eau dont on devait administrer une cuillerée à soupe toutes les dix minutes, jour et nuit, avec du lait dans l'intervalle pour toute alimentation.

Le lendemain en revoyant le malade, je trouve la plaque du palais presqu'effacée, et celle de l'amygdale diminuée d'étendue. Le malade se sent mieux du reste. Je fais continuer le même traitement d'une manière plus espacée, une cuillerée à soupe de la solution de la veille, toutes les heures, toutes les deux heures, la nuit, et la même alimentation lactée. Le 3e jour du traitement, après midi, le malade est gai ; la déglutition se fait plus facilement, les ganglions sous-maxillaires sont bien moins gonflés : il n'y a plus de trace de plaque couenneuse au palais et celles de l'amygdale sont maintenant peu de chose. Même traitement que précédemment, mais avec éloignement des prises, et même alimentation. Le

4ᵉ jour, il n'y a plus du tout de plaque couenneuse : j'ordonne une seule cuillerée de médicament matin et soir, le jour, et rien la nuit; alimentation un peu plus substantielle. Le 5ᵉ jour je regarde le malade comme guéri et je ne prescris que de l'alimentation plus abondante, mais par voie progressive.

III. — Pendant que je donnais des soins pour son angine couenneuse au jeune homme de l'observation précédente, le 2ᵉ jour du traitement, son frère, plus jeune de deux ans, qui allait et venait dans la maison sans que je m'en fusse rendu compte (et en Orient les membres d'une même famille vivent habituellement dans les mêmes pièces), ce jeune frère est pris à son tour de mal de gorge et vient lui-même lors de ma visite, me signaler son état. Quoique debout il se sent mal à l'aise ; il a de la fièvre, et la glande sous-maxillaire gauche est gonflée. A l'examen de la gorge, je trouve l'amygdale gauche développée et portant deux petites plaques couenneuses.

Je fais coucher à son tour ce jeune homme et le soumets au même traitement que son frère. Au 3ᵉ jour de sa médication les plaques couenneuses ont disparu avec amendement de tous les autres symptômes.

J'engage à continuer néanmoins quelques soins médicamenteux, le 4ᵉ jour, et quelques précautions les jours suivants, en le considérant cependant comme guéri. Les Orientaux, du reste, sont habitués à une vie plus dure que nous autres Européens : aussi ils se rétablissent plus vite et n'ont pas de longues convalescences.

En voyant, à un mois à peine d'intervalle, ces 3 guérisons indubitables d'angine couenneuse (la prise par contagion du dernier malade en est une confirmation), je

fus dès lors fixé sur la réelle valeur de la médication isopathique, c'est-à-dire de la guérison du mal par l'agent morbide dilué.

Aussi, en attendant d'autres cas analogues pour multiplier mes observations sur cette terrible maladie, je fus enhardi à employer cette méthode dans diverses autres affections où je fus également très souvent heureux. J'en rapporterai en son temps quelques exemples ; mais comme il y eut des cas nouveaux d'angine couenneuse, que j'eus l'occasion de soigner, je citerai encore brièvement quelques autres observations à l'appui des précédentes.

IV. — Le 29 novembre 1874 vint me consulter un jeune homme de 19 ans, tisserand de profession, nommé Abbo Selmo. Il se plaint d'avoir mal à la gorge depuis la veille. A l'examen je trouve les deux amygdales gonflées et recouvertes toutes deux en plusieurs endroits de plaques couenneuses. Les ganglions sous-maxillaires sont également tuméfiés : il n'y a pas de toux ; mais il existe de la fièvre que le malade dit éprouver depuis hier. Pour médication je donne, comme dans les observations précédentes, *diphtérine* 5[e] dilution, 10 globules par verre d'eau à prendre de quart d'heure en quart d'heure par cuillerées à soupe, avec du lait pour alimentation dans l'intervalle des prises du médicament. Dès le lendemain, 30 novembre, le malade peut mieux avaler, il souffre moins de la gorge ; les plaques diphtéritiques sont bien diminuées, et la fièvre n'est plus très marquée. Le traitement est continué en raréfiant les prises, comme il a été noté dans les observations précédentes. Le 1[er] décembre l'amélioration est encore plus prononcée : on ne voit plus qu'une certaine teinte grisâtre à la place qu'occupaient les plaques

couenneuses, et les ganglions sous-maxillaires sont à peine gonflés. On ne donne le médicament qu'une fois le matin et le soir, le 1er et le 2 décembre. Le 3, le malade est guéri, après six jours de maladie et cinq jours de traitement.

V. — Le 5 décembre 1874, un autre jeune homme, Daoud Ammaoni, est pris de la même affection, l'angine couenneuse, avec symptômes analogues au précédent malade. Il ne se plaint que depuis quelques heures au moment où je le vois. J'applique le même traitement et en quatre jours la guérison est obtenue ; mais le mal a été soigné sitôt son début.

VI. — Le 20 décembre 1874, une jeune fille de 15 ans, Maria Ormesse, nous offre un nouvel exemple de diphtérie gutturale récemment développée sur les deux amygdales. La médication, 5^{e} dilution de *diphtérine*, est appliquée ici comme dans les cas antécédents, et la guérison a lieu le 5^{e} jour.

VII. — Le 27 janvier 1875, on me présente un enfant de 15 mois dont les ganglions sous-maxillaires sont gonflés à droite et à gauche ; les deux amygdales sont elles-mêmes tuméfiées et recouvertes de plaques blanc grisâtre, fort minces de manière à donner plutôt l'idée de plaques muqueuses que de plaques couenneuses. Comme dans ces contrées la syphilis est très fréquente, je reste un peu incertain dans mon diagnostic ce premier jour, qui est le second depuis que l'enfant est malade : je crois ne devoir donner qu'une médication anodine pendant vingt-quatre heures, espérant que le lendemain j'aurai le moyen de constater la vraie maladie, en recommandant bien de me rame-

ner l'enfant sans faute le jour suivant. Ce troisième jour depuis le développement du mal, il n'y a plus de doute, les plaques se sont agrandies, épaissies, et ont pris la teinte de vraies plaques couenneuses, surtout sur l'amygdale gauche. Je donne alors la dilution 5e de *diphtérine*, comme dans les précédentes observations, mais par cuillerées à café. En deux jours un mieux très notable se produit; on voit sur l'amygdale gauche des plaques couenneuses s'en aller en *déliquium* ; et les glandes sous-maxillaires sont elles-mêmes bien dégonflées. On continue le traitement en éloignant ces doses et le cinquième jour de la médication l'enfant est gai et revenu à son état normal. Le remède spécifique a ici non seulement donné le résultat favorable habituel, mais il a fourni aussi la confirmation du diagnostic par la résolution assez prompte des plaques coenneuses : ce qui nous montre qu'il eût été encore préférable de ne pas attendre vingt-quatre heures pour administrer la *diphtérine*, puisqu'elle nous procurait le moyen de reconnaître alors ce à quoi on avait affaire et qu'on gagnait un jour pour le traitement, ce qui est très important dans cette grave maladie.

VIII. — Le 3 février 1876, un nouveau cas d'angine diphtéritique nous est offert dans la personne d'un jeune musulman nommé Abderrhaman Mustapha : il y a cinq jours pleins qu'il est souffrant. — Dès la première entrevue je trouve ce malade très abattu, les angles des mâchoires sont très développés par le gonflement considérable des ganglions sous-maxillaires. Il y a fièvre depuis cinq jours, et la déglutition est difficile. Il n'y a pas de toux ; la voix est gutturale, mais non rauque ; respiration est pénible, sans avoir les caractères de

la suffocation. A l'examen de la gorge (difficile à cause du gonflement des angles de la mâchoire), on voit les deux amygdales très grosses, couvertes ainsi que le voile du palais de fausses membranes épaisses. Nous avons là affaire à une angine diphtéritique très avancée. Le grand abattement du malade nous inspire des inquiétudes pour le résultat de notre traitement. Néanmoins, comme nous n'avons pas encore eu d'échec de cette médication, nous espérons quand même, et nous donnons la 5e dilution de *diphtérine*. On l'administre, suivant notre indication, par cuillerées à soupe toutes les cinq minutes, le jour et la nuit, avec du lait, dans l'intervalle des prises. Mais aucune amélioration ne se produisit sous l'influence du traitement : le malade mourrait dès le lendemain de notre première visite.

La dernière observation de diphtérite gutturale, celle d'Abdorrhaman Mustapha, nous montre que cette maladie grave n'est pas guérie, après quatre jours pleins de durée, sous l'influence de la médication isopathique, tandis que dans les 7 précédentes observations le mal qui datait au plus de trois jours était rapidement et on peut dire facilement guérie ; que non seulement l'état d'intoxication générale s'arrêtait et s'amendait, mais que l'état local de la gorge s'améliorait vite sans qu'on eût pris de soins spéciaux à cet égard.

Or dans un article de la *Semaine médicale* du 20 septembre 1893, publié par M. Veillon, interne des hôpitaux de Paris et préparateur au laboratoire de la clinique de l'hôpital des Enfants-Malades, cet observateur fait remarquer que dans les expériences entreprises sur des cobayes à qui on injecte une toxine forte de culture de diphtérite

pour leur communiquer la diphtérite, une injection nouvelle faite à ces cobayes diphtérisés, soit avec une toxine diphtéritique qui a trois semaines de durée et qui est atténuée par un chauffage à 65° ou à 70°, soit avec un exsudat pleural liquide d'un animal mort de la diphtérite, soit avec le sérum d'un animal vacciné pour la diphtérite et immunisé, si cette nouvelle injection n'est pas faite plus de vingt-quatre ou de trente-six heures après la première, cette injection nouvelle guérit de l'intoxication diphtéritique première qui, elle, fait mourir sûrement l'animal qui ne reçoit pas de la 2e injection ; mais si cette 2e injection est faite plus de vingt-quatre ou trente-six heures après la 1re, le même résultat favorable n'a pas lieu.

Il ressort donc des constatations expérimentales de M. Veillon et de nos propres observations de diphtérite que lorsque le mal a plusieurs jours de durée (plus d'un jour et demi pour M. Veillon, plus de trois jours pour nous), l'intoxication de l'économie est trop avancée, les forces réactionnelles de la nature sont trop réduites et ne peuvent surmonter l'action morbide; alors le malade succombe sous l'action d'un empoisonnement progressif. Mais par contre les deux ou trois premiers jours de la maladie la *diphtérine* (c'est-à-dire pour nous la 5e dilution de l'agent toxique lui-même), lorsqu'elle est donnée en solution par prises fréquemment répétées, guérit sûrement et facilement le malade et fait disparaître peu à peu ses symptômes d'intoxication générale et les phénomènes locaux eux-mêmes, sans autres soins spéciaux, de quelque nature que soient les microbes infectants dont je ne soupçonnais pas alors l'existence ni la diversité. De plus cette médication n'est pas une pure opération de laboratoire à application incertaine pour

l'humanité, c'est le résultat d'observations pratiques plusieurs fois répétées dans des conditions certainement moins avantageuses que celles des pays plus civilisés. C'est pourquoi elle pourrait être reprise avec grand profit, j'en suis persuadé, par les médecins qui sont déjà habitués à voir des guérisons sous l'action de médicaments dilués, et qui devraient moins hésiter que les autres à en faire l'expérience.

Voilà les conclusions auxquelles m'avait amené, il y a un an, la comparaison des procédés isopathiques contre la diphtérite avec les procédés de laboratoire rapportés par M. Veillon, quand, aux mois de septembre et d'octobre derniers (1894), la relation faite dans diverses revues des guérisons de diphtérie par le Dr Roux vint me montrer un vrai triomphe des procédés perfectionnés de laboratoire pour le traitement de cette maladie. Le Dr Roux donne en effet la certitude de guérir à peu près tous les cas de diphtérie traités dès les premiers jours par le sérum de chevaux immunisés contre ce mal. Les insuccès n'arrivent que lorsque le traitement est appliqué trop tard. Je n'ai pas à présenter une statistique nombreuse comme le Dr Roux; mes observations ont eu lieu sur un bien plus modeste champ; mais, malgré cela, tous mes cas traités par l'isopathie, dès les trois premiers jours, ont aussi guéri rapidement, et un seul cas traité au cinquième jour, alors que la contagion avait envahi profondément toute l'économie, n'a pas eu de terminaison heureuse. Il y a donc semblable résultat pour le traitement isopathique comme pour le traitement sérothérapique. Maintenant quelle méthode donnera le plus grand nombre de guérisons? C'est à vérifier. — Certes je ne veux en rien diminuer ni le mérite du Dr Roux, ni les louanges qui lui

sont justement prodiguées en raison de ses persévérants efforts à chercher le mode le plus heureux d'appliquer à l'humanité le sérum d'un animal immunisé contre la diphtérie ; mais il ne m'a pas paru indifférent, dans les circonstances présentes, de faire connaître que les procédés isopathiques sont arrivés, eux aussi, à la guérison des mêmes cas dans les premiers jours de leur emploi également, sans que je puisse en déterminer cependant d'une manière exacte la proportion relative, en raison de la petite quantité des personnes par moi soignées, vis-à-vis de celles qu'a eues à traiter le Dr Roux. C'est pourquoi j'ai cru bon de publier les observations que j'avais à ce sujet, afin d'engager les médecins, qui sont familiarisés avec l'emploi des dilutions, à vérifier la valeur de mes observations par celles qu'ils pourront faire après moi, et si leurs succès répondent aux miens, ils pourront établir ensuite si ces succès sont plus nombreux dans l'isopathie que dans la sérothérapie, ou dans la sérothérapie que dans l'isopathie. Si, comme il est possible, la sérothérapie prime l'isopathie par le nombre des guérisons, l'isopathie n'en resterait pas moins une méthode assurée d'un bon résultat, plus simple, plus à la portée de tous les praticiens, sans procédés opératoires délicats et demandant certaines habitudes pour réussir. Elle peut donc avoir son emploi à certaines heures. Quelquefois même, elle pourrait être une méthode qui, en certains cas non très rares, aurait un avantage sur la sérothérapie. En effet le Dr Roux note dans son rapport que, lorsque dans l'angine couenneuse ou dans le croup, il y a association, au microbe de la diphtérie, d'autres microbes étrangers, par exemple les staphylocoques pyogènes et surtout les streptocoques, les guérisons par la sérothérapie sont bien plus

rares. On le comprend, en effet, le sérum injecté, étant surtout dirigé contre le microbe diphtérique, reste sans action spéciale contre les autres microbes; tandis que dans l'isopathie la dilution de la sécrétion morbide individuelle (membrane diphtérique) atténue aussi bien les toxines de tous les divers microbes associés à celui de la diphtérie que celui de la diphtérie même, et en fait ainsi des solutions curatives, qui contrebalancent, et sur le mal local et par toute l'économie, l'action des toxines pures qui tendent à propager la contagion. Dans ces cas donc, l'isopathie pourrait bien avoir un certain avantage sur la sérothérapie, au moins telle que celle-ci est pratiquée actuellement (1).

D'autre part je ne croirais pas assez faire en invitant seulement les médecins, et les médecins homœopathes surtout, à employer les procédés isopathiques contre la diphtérie humaine, je les engage beaucoup aussi à se livrer à des expériences de laboratoire sur le même sujet.

M. le Dr P. Jousset, à la fin d'un article publié dans *l'Art Médical* d'octobre 1893, et intitulé : *Homœopathie et prophylaxie*, disait : « Les médecins homœopathes sont, « plus que tous les autres, préparés à se servir de toxines. « Nous terminerons donc ce travail en émettant le vœu « que des laboratoires soient institués auprès des hôpi- « taux homœopathiques ». Eh bien, si ce vœu, qui a un an de date, a eu depuis sa réalisation, je conseillerais les recherches suivantes sur la diphtérie, à propos des procé-

(1) J'indique un peu plus loin (pour ceux qui ne le sauraient pas), les procédés de faire des dilutions avec indication même des objets nécessaires à cet effet; puis le mode d'administrer ces dilutions dans la diphtérie.

dés isopathiques, pour en témoigner la plus ou moins grande efficacité :

I. — Se pourvoir d'abord : — 1° d'un certain nombre de cobayes, femelles si c'est possible, parce que la diphtérie peut se constater d'une manière plus facile et toute extérieure à la vulve de ces animaux ; — 2° d'une quantité suffisante de toxine diphtérique dans toute sa virulence et prise à l'Institut Pasteur ; — 3° de sérum de cheval immunisé contre la diphtérite. — 4° d'une 3e dilution de diphtérine isopathique préparée avec des débris d'une membrane de vraie diphtérite ; puis toutes ces choses préparées.

II. — Faire une injection sous-cutanée de toxine diphtérique virulente sur quatre cobayes femelles ; et, lorsque des plaques diphtéritiques apparaissent à la vulve des cobayes femelles, ou qu'on en constate chez les autres cobayes, procéder aux expérimentations suivantes :

1° Sur un premier animal laisser la diphtérie se développer jusqu'à sa terminaison naturelle, ordinairement fâcheuse ;

2° Sur un second, injecter du sérum de cheval immunisé selon les indications du Dr Roux, c'est à-dire, si je ne me trompe, à la dose de 1/10000 ou de 1/1000 du poids de l'animal en expérience, en deux ou trois fois, et chaque fois à un jour d'intervalle ;

3° Sur un troisième, injecter de la même façon la 5e dilution isopathique aseptisée, c'est-à-dire filtrée à travers un filtre Chamberland, et introduite par des instruments trempés eux-mêmes dans l'eau bouillante (1) ;

---

(1) J'ai adjoint à l'absorption par la voie interne du n° 4 l'absorption par voie externe du n° 3, afin qu'on constate par comparaison celle qui est la plus facile et qui réussit le mieux.

4° Sur un quatrième, faire prendre très fréquemment par l'estomac de la 5e dilution de diphtérie isopathique pendant deux à trois jours.

On verrait, d'après les divers traitements des nos 2, 3, 4, comparés avec le n° 1 laissé sans traitement, lequel d'entre eux guérit plus sûrement ou plus facilement, en répétant nécessairement plusieurs fois ces expériences.

On pourrait également de la même façon vérifier les meilleurs modes de produire l'immunité contre la diphtérie, en intervertissant les façons de procéder, c'est-à-dire en faisant d'abord absorber sous les trois formes ci-dessus les liquides atténués, puis, lorsqu'on supposerait l'immunité produite, en injectant la toxine diphtérique virulente. On saurait ainsi le plus sûr ou le plus facile moyen de préserver de la contagion de la diphtérite.

III. — D'autre part, quoique je n'aie pas eu occasion moi-même de remarquer, dans l'administration de la 5e dilution de *diphtérine* isopathique, certains effets trop prononcés du remède qui pourraient fatiguer les malades tout en les guérissant, et qui pourraient faire prolonger la convalescence, il serait bon à ce propos de vérifier également sur des cobayes (sur lesquels on ferait développer la diphtérie, après injection sous-cutanée de toxine virulente), laquelle des trois dilutions isopathiques suivantes, absorbées comme curatives, procure *plus bénignement* la guérison : 1° soit la 5e dilution isopathique, telle quelle ; 2° soit la 5e dilution isopathique chauffée pendant une heure entre 65° et 70° ; 3° soit la 5e dilution isopathique additionnée de solution iodée, comme eau iodée au 5/100, ou comme trichlorure d'iode au 1/100 ou au 2/100 ; la proportion de solution iodée étant

vis-à-vis de la 5^e dilution aqueuse isopathique comme 1 est à 3, ou comme 1 est à 10.

Ce que l'on tente pour rendre plus bénignes encore les atténuations isopathiques employées comme solutions curatives après la diphtérite développée, on doit évidemment le tenter aussi pour les mêmes dilutions employées comme solutions préservatrices, afin de les rendre plus bénignes mais sans nuire à leur action immunisante.

IV. — Les expériences de laboratoire pourront permettre en outre de s'assurer plus facilement sur les animaux quel est, parmi les dilutions isopathiques, le chiffre de dilution qui réussit le mieux et le plus bénignement.

V. — Enfin, comme il est toujours désirable de faire tomber les préventions indues de quelques médecins contre les effets possibles des dilutions dites infinitésimales, rien ne serait plus propre à y contribuer que de leur montrer des animaux soumis artificiellement à une diphtérite qui les fait sûrement mourir, dont triomphent par exemple, par une 5^e dilution centésimale d'une membrane de diphtérite isopathisée, c'est-à-dire par une solution qui se chiffre par 10 décimales (0 gr. 000 000.000.1) et qui est en effet la trillionième partie de moins d'un gramme d'une membrane de diphtérie. Que serait-ce si on guérissait un animal de cette affection avec une dilution d'un chiffre encore plus élevé, la 6^e, la 10^e par exemple? Il n'y aurait donc pas là, pour tout homme de bonne foi, de faux-fuyants possibles, devant de tels faits et qu'on peut répéter soi-même. On serait forcé d'avouer une action dans des éléments infiniment petits et raréfiés par la division.

INDICATIONS DES PRÉPARATIONS DES DILUTIONS ISOPATHIQUES POUR LES MÉDECINS.

I. — *Appropriation de l'élément morbide.* — A l'aide d'un petit bâton de la longueur d'un crayon ou d'un porte-plume, ou encore à l'aide d'un stylet de trousse au bout desquels on a enroulé un petit ruban de linge usé on va recueillir un débris de membrane diphtéritique sur l'amygdale ou la partie de la gorge qui en est revêtue, en frottant et en roulant l'extrémité de son instrument sur les membranes elles-mêmes. En retirant l'instrument, on trouve ordinairement des débris de membranes à l'extrémité du pinceau de linge.

II. — *Préparation des diverses dilutions aqueuses successives.* — Lorsqu'on a recueilli des débris de membranes diphtéritiques à l'extrémité de son pinceau de linge, on coupe l'extrémité du pinceau qui en est chargé et on la laisse tomber au fond d'un flacon de 150 grammes à large ouverture, préalablement gradué. (On peut indiquer la graduation en collant sur un côté du flacon une petite bande de papier où l'on inscrira le chiffre 20 au niveau où atteindrait une cuillerée et demie à soupe d'eau versée dans le flacon, et le chiffre 100 au niveau où atteindront 7 cuillerées à soupe d'eau.) Lorsque le morceau de linge imprégné de sécrétion diphtéritique est dans le flacon, on y verse de l'eau jusqu'au niveau de la marque indiquée par le chiffre 20. En supposant qu'il y ait la valeur de IV gouttes de sécrétion diphtéritique sur le linge cela donnera environ 0 gr. 20 de liquide ; or ces 0 gr. 20 dissous dans 20 grammes environ d'eau donnent la première dilution au 100^{e}. Pour en favoriser la confection on met la paume de la main gauche sur le goulot du flacon et on l'agite forte-

ment la valeur d'une minute environ. Ensuite on rejette le tout par une vive secousse donnée à la bouteille. Quelques gouttes de cette dilution restent aux parois du flacon, et, descendant peu à peu jusqu'au fond où elles se rassemblent, elles forment une quantité d'environ XX gouttes (1 gramme). Si on ajoute alors dans le flacon de l'eau jusqu'au chiffre 100 de la graduation, et si on agite de nouveau suivant le mode déjà indiqué, on fait la 2ᵉ dilution centésimale. Si on rejette encore au dehors cette 2ᵉ dilution qu'on emploie rarement, les gouttes restées aux parois descendant au fond du flacon s'y rassemblent encore et forment une quantité équivalente à 1 gr. ; si alors on remplit le flacon d'eau jusqu'au chiffre 100 de sa graduation, et qu'on l'agite de nouveau, on a fait la 3ᵉ dilution centésimale. En continuant ainsi on ferait la 4ᵉ, la 5ᵉ, la 10ᵉ, la 20ᵉ dilution centésimale et au-delà, si on le croit bon.

III. — *Préparation des dilutions alcooliques fixes. — Sous forme liquide. — Sous forme solide.* — Quand on est arrivé au chiffre de la dilution que l'on veut employer (la 5ᵉ par exemple), on peut, à sa volonté, la garder sous la forme liquide ou la mettre sous forme solide.

1° Si on adopte la forme liquide, on mêle une cuillerée à soupe (mais cette quantité est facultative) à 5 cuillerées d'esprit de vin pur, ou de bonne eau-de-vie de vin, pour rendre cette solution inaltérable. C'est alors cette solution qu'on emploie, à la dose de quelques gouttes dans un peu d'eau, une ou plusieurs fois par jour, un seul ou plusieurs jours de suite, suivant les indications de la maladie.

2° Si on préfère au contraire conserver la dilution à laquelle on s'est arrêté sous forme solide, c'est-à-dire

sous forme de globules, on prend une goutte de cette dilution, on la dépose dans le fond d'une bonbonnière bien appropriée. On ajoute à cette goutte médicamenteuse V à VI gouttes d'esprit de vin pur à l'aide d'un compte-gouttes, pour être plus sûr, et on mélange bien le tout ensemble. Alors on verse dans cette bonbonnière une quantité de globules inertes capable de remplir un ou deux tubes homœopathiques. On ferme ensuite la bonbonnière avec son couvercle et on l'agite quelques instants pour permettre aux globules d'être bien imprégnés du liquide médicamenteux alcoolisé (lequel liquide imbibe les globules du sucre de lait sans les dissoudre, ainsi que l'aurait fait le liquide médicamenteux non alcoolisé). Après l'imprégnation des globules dans la bonbonnière, on les en retire pour les mettre sécher dans un petit bateau de papier (feuille de papier de la grandeur d'une enveloppe à lettre ordinaire, et dont les bords sont tenus relevés en les pliant d'abord et en les pinçant deux à deux aux quatre extrémités). Au bout de dix à quinze minutes les globules déposés sont secs : on les fait rouler un peu sous le doigt pour les décoller les unes des autres, et on les introduit dans leur tube qu'on a soin de bien boucher, et de couvrir d'une étiquette indiquant la nature du remède, et sa dilution. J'ajoute même le nom de la personne qui l'a fourni et cela a quelquefois son utilité.

IV. — *Mode d'emploi du médicament sous les deux formes.* — 1° Si on prépare le médicament auprès du malade lui-même, il est plus simple d'adopter la forme liquide alcoolisée. On met alors X gouttes du médicament liquide par verre d'eau dont on fait prendre une cuillerée à soupe

toutes les dix minutes (1), le jour et la nuit des premières vingt-quatre heures de la médication, en renouvelant, à mesure du besoin, le verre d'eau médicamenteuse. Le deuxième jour on peut ne donner que toutes les demi-heures une cuillerée à soupe du médicament pendant le jour, et de trois heures en trois heures la nuit. Le troisième jour on donnera une cuillerée toutes les quatre heures le jour et une ou deux fois la nuit. Le quatrième jour ordinairement il n'est plus besoin, mais s'il y avait encore à la gorge quelques parcelles de membranes couenneuses, on continuerait comme le troisième jour l'administration du médicament.

2° Si on a le médicament préparé loin du malade, comme lorsqu'on le porte avec soi, il est donné sous la forme sèche, c'est-à-dire en globules. On substitue alors le nombre des globules au nombre des gouttes de la solution liquide alcoolique. Seulement il est utile de composer plusieurs paquets de globules préalablement écrasés à l'aide d'un couteau, pour éviter qu'on ne répande les globules en dépliant le papier et qu'on ne puisse pas les retrouver.

En outre de la médication, il est besoin d'alimenter le

---

(1) Quand j'ai traité il y a vingt ans, les premiers cas de diphtérie par cette nouvelle méthode, je n'avais pas grande expérience de l'action des dilutions isopathiques, je croyais donc agir très prudemment en donnant très fréquemment des cuillerées de la dilution du médicament; mais depuis j'ai remarqué que l'action du médicament dilué persévère assez longtemps, c'est pourquoi, je crois qu'en réduisant les prises à une sur quatre ou cinq, on aura une action suffisante, et on fatiguera ainsi moins les malades, surtout la nuit.

malade en lui donnant à boire par gorgées ou par cuillerées de bon lait, aussi souvent que possible, dans l'intervalle des prises du médicament.

3° N. B. Quand j'ai employé cette médication isopathique il y a vingt ans, je ne pensais pas à atténuer mon médicament autrement que par le nombre des dilutions, et je n'ai pas été au-delà de la 5e ; mais aujourd'hui que dans les laboratoires de bactériologie on a essayé avec succès d'atténuer le virus diphtéritique en l'injectant aux animaux mélangé avec certaines solutions iodées, si le malade auquel on donnait la médication isopathique était très affaibli et qu'on eût à craindre qu'une plus grande faiblesse procurée par la médication n'amenât une trop grande prolongation de la convalescence, je ne vois aucune raison de ne pas essayer l'atténuation de la médication isopathique par une addition de V à X gouttes de teinture d'iode aux premiers verres de la médication.

V. — *Précautions pratiques.*

Qu'on me permette d'entrer dans les plus petits détails, d'où dépendent ordinairement le succès, et d'ajouter que tout médecin de campagne surtout, qui, après avoir lu nos observations, serait porté à tenter l'idiopathie, devrait, afin d'être toujours prêt dans les cas de diphtérie pour lesquels il pourrait être fortuitement appelé, avoir avec lui dans sa voiture les objets suivants :

1° 2 flacons de 150 grammes à large ouverture, sur un côté desquels il aurait fait une marque fixe au niveau de 20 grammes et de 100 grammes d'eau, pour bien se rendre compte les premières fois, de la hauteur de liquide à y introduire pour faire les dilutions ;

2° Du linge usé fin et bien propre, dont une partie

serait découpée en petites bandes pour être enroulées au bout d'un petit bâtonnet de manière à faire pinceau ; dont une autre partie serait en larges bandes pour pouvoir essuyer très parfaitement les flacons après qu'ils auraient servi aux dilutions. Le coton hydrophile peut être substitué aux petites bandes de linge destinées à faire un pinceau ;

3° Un petit bâtonnet de 30 centimètres environ pour servir au pinceau de linge d'une part, et d'autre part à essuyer parfaitement les flacons à dilutions ;

4° Un petit flacon d'esprit de vin pur ;

5° Un petit flacon de teinture d'iode ;

6° Un petit flacon de globules inertes ;

7° Une ou deux bonbonnières, pour secouer les globules à imprégner de la dilution isopathique ;

8° Un ou deux pèse-gouttes ;

9° Quelques petits tubes homœopathiques vides, mais bouchés.

D[r] COLLET.

REVUE CRITIQUE

DE LA NÉVRITE PUERPÉRALE.

I.

« L'histoire des névrites constitue l'un des chapitres de la névropathologie qui exigent le plus de remaniements, si l'on se reporte aux ouvrages classiques remontant à une dizaine d'années seulement (1). »

---

(1) BABINSKY. *Des névrites*. T. VI de Charcot et Bouchard, p. 649.

Cette appréciation de M. Babinsky sur les névrites en général, peut surtout s'appliquer à la névrite puerpérale en particulier.

Nombre de paralysies survenues chez la femme pendant l'état puerpéral ont été réunies dans la même description, bien qu'ayant une origine différente. Les unes sont attribuées à des compressions, d'autres considérées comme d'origine réflexe, les autres restent indéterminées.

Les paraplégies consécutives aux accouchements laborieux ont d'abord attiré l'attention, et ont été tout naturellement attribuées aux compressions nerveuses qui s'exercent dans le bassin pendant le passage du fœtus, ou pendant une manœuvre obstétricale. (Bianchi (1), Lefebvre) (2).

Dès 1861 Imbert-Gourbeyre (3) et Churchill (4) en 1881 déclarent la théorie de la compression insuffisante pour expliquer tous les faits.

Aujourd'hui, après les travaux de Leyden (5), de Kast (6), de Möbius (7), de Tuilant (8) et de Lamy (9),

---

(1) Bianchi. Thèse de Paris, 1867.

(2) Lefebvre. Thèse de Paris, 1878.

(3) Imbert-Gourbeyre. Mémoire à l'Académie de médecine, 1861.

(4) Churchill. *Maladies des femmes*, 1881.

(5) Leyden. *Maladies de la moelle épinière*, 1869.

(6) Kast. Ueber primare degenerative neurites. *Deustches Archiv. f. Klin. med.* Heft 1, 1886.

(7) Mobius. Neuritis puerperalis. *Münchener med. Woch.*, n° 9, 1887.

(8) Tuilant. Thèse de Paris, 1891.

(9) Lamy. Des névrites puerpérales. *Gazette hebdomad. de médec. et de chirurgie*, n° 15, 1893.

on considère les paralysies puerpérales proprement dites comme la manifestation d'un état infectieux, touchant soit le système nerveux central, soit le système nerveux périphérique.

Leyden dans son traité des maladies de la moelle épinière, divise les paralysies puerpérales en deux groupes : « 1° les paralysies névritiques qui se produisent pendant la grossesse ou pendant les accouchements laborieux par le fait d'une compression du nerf sciatique, ou qui sont dues à l'extension d'une inflammation puerpérale à ce même nerf ; 2° celles qui sont consécutives à des maladies aiguës, surtout à des érysipèles et à des phlegmons, et qui semblent dériver directement de la moelle ».

Kast (1) en 1886 rapporte une observation de paralysie puerpérale d'origine névritique, observation qui passa inaperçue.

Möbius (2), de Munich, publie le premier en 1887 un travail d'ensemble sur les paralysies puerpérales dues à une névrite parenchymateuse périphérique. Il soutient l'origine infectieuse de ces névrites et les assimile aux névrites infectieuses déjà connues, à celles qu'on observe à la suite de la variole, de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle, de la diphthérie, etc.

Il rapporte sept observations de névrite puerpérale localisée aux membres supérieurs, dans la sphère des rameaux terminaux des nerfs médian et cubital. Il suppose une prédominance d'action du poison puerpéral sur ces nerfs.

---

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*

En 1890, Mobius (1) publie un nouveau travail dans lequel il rapporte l'observation d'une malade qui, après avoir présenté une localisation spéciale de la paralysie dans le territoire du médian et du cubital, voit ensuite les membres inférieurs participer aux troubles moteurs et sensitifs ; c'est à son avis une polynévrite généralisée infectieuse.

En 1888 MM. Desnos, Jeoffroy et Pinard (2), rapportent l'observation d'une polynévrite généralisée survenue au quatrième mois d'une grossesse, à la suite de vomissements incoercibles, et pour laquelle on dut avoir recours à l'avortement qui produisit une amélioration.

En 1889 Whitfield (3) publie un cas où les premiers symptômes de névrite se montrèrent à la fin de la grossesse.

Enfin en 1892, MM. E. et J. Sottas (4) ont rapporté l'histoire d'une polynévrite du même genre qui se déclara quatre jours après la délivrance avec une température de 39°. Dans ce cas, les membres inférieurs furent pris les premiers, puis les membres supérieurs et les muscles du tronc ; enfin les sphincters.

Dans les observations publiées jusque-là la guérison s'effectua dans les limites ordinaires des polynévrites analogues, c'est-à dire en un ou deux ans.

Dans le cas de MM. Sottas, la mort survint au bout de trois mois, mais elle fut, d'après les auteurs, plutôt la

---

(1) Mobius. Beitrag zur Lehre von der Neuritis puerperalis. *Münchener med. Woch.*, n° 14, 1890.

(2) Note lue à l'Académie de médecine, le 27 novembre 1888.

(3) *Lancet*, I, 18, 1889.

(4) *Gazette des hôpitaux*, 27 octobre 1892.

conséquence d'un état général infectieux que de la polynévrite elle-même. Celle-ci avait d'ailleurs été très grave, puisque les muscles du tronc et de l'abdomen avaient été envahis; les sphincters y avaient également participé. Aussi MM. Sottas pensèrent que la moelle avait été touchée.

La polynévrite infectieuse et la myélite centrale aiguë ne sont pas toujours possibles à différencier cliniquement l'une de l'autre, dit Mme Dejerine-Klumpke dans sa thèse (1). Il n'est pas rare d'observer des symptômes qui relèvent à la fois de l'une ou de l'autre de ces maladies; aussi peut-on les considérer comme deux affections voisines, pouvant dépendre d'un même agent pathogène qui influence tantôt le système nerveux central, tantôt le système nerveux périphérique (Lamy) (2).

II

Observation. Primipare de 36 ans. Sans antécédents. Forceps au détroit inférieur. Infection puerpérale. Au cinquième jour apparition des douleurs d'abord dans le membre inférieur gauche, puis dans le droit. Anesthésie à la piqûre. Sensibilité à la pression augmentée. Diminution des réflexes patellaires et plantaires. Diminution de l'excitabilité faradique, surtout à gauche. Atrophie musculaire. Guérison presque complète au bout de huit mois.

Le 5 mai 1894 au matin je fus appelé auprès de Mme Ph..., âgée de 36 ans, d'une bonne constitution, sans antécé-

---

(1) Mme Dejerine-Klumpke. *Des polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier*. Th. 1889.

(2) Lamy. *Loc. cit.*

dents héréditaires, ni personnels. Elle a marché de bonne heure et est réglée depuis l'âge de 14 ans.

Elle est enceinte pour la première fois. Sa dernière époque menstruelle s'est terminée le 2 septembre 1893.

La gestation a été normale.

L'inspection est favorable, elle ne révèle rien que de physiologique, quelques varices légères aux membres inférieurs, quelques vergetures sur le ventre.

Le squelette est normal, pas de rétrécissement du bassin.

L'examen de l'urine ne décèle ni sucre, ni albumine.

Cette femme est en travail depuis vingt-quatre heures, les membranes sont rompues depuis le début des douleurs. Il s'écoule un liquide amniotique verdâtre, ce qui me fait craindre pour l'enfant. A l'auscultation les battements du cœur de ce dernier sont fréquents et voilés. Il se présente par le sommet, la rotation est accomplie, l'occiput est derrière la symphyse, depuis deux heures me dit la sage-femme, et depuis, plus de douleur. Le périnée paraît très résistant. Étant donnée cette résistance du périnée, l'arrêt des douleurs, la coloration du liquide amniotique, les battements précipités du cœur de l'enfant, je me décide à appliquer le forceps, ce qui, — après les précautions antiseptiques les plus minutieuses prises, la vessie et le rectum vidés, — est fait sans aucune difficulté, et amène un enfant plutôt petit, en état de mort apparente, mais qui revient au bout de quelques minutes par quelques tractions sur la langue. Une demi-heure après la délivrance se fait spontanément.

Après une injection vaginale et intra-utérine au biiodure, quelques points de suture au périnée légèrement déchiré, je laisse mon accouchée dans un état aussi satisfaisant que possible.

Le soir à la nuit je revois Mme Ph..., qui se trouve très bien. Il s'écoule par la vulve un liquide sanguinolent sans odeur. Température 37°,3. Pouls 80.

Vers deux heures du matin on vient me chercher me disant que l'accouchée a été prise d'un frisson intense vers minuit, et que depuis elle ne fait que vomir.

J'arrive auprès de Mme Ph... que je trouve dans un grand état d'agitation, avec délire, voulant s'habiller et sortir de son lit, et ne se calmant pour quelques instants que par l'apparition d'un vomissement. Vomissement de couleur verdâtre.

Le pouls est à 120. La température à 40°,2.

Le ventre est ballonné, douloureux.

L'utérus contracté est aussi très sensible au toucher. Les culs-de-sac paraissent libres. Depuis ma visite du soir, me dit la sage-femme, il ne s'écoule plus aucun liquide par la vulve, et les compresses antiseptiques tenues en permanence sur les parties sont à peine tachées par une sérosité horriblement fétide.

La malade a uriné, mais on n'a pas conservé l'urine. Je pratique immédiatement une abondante irrigation intra-utérine et vaginale au bi-iodure. Je fais appliquer du collodion sur le ventre. Je donne aconit (TM), et j'injecte sous la peau 0,75 gr. de bromhydrate de quinine.

Dans la matinée du 6, la malade est à peu près dans le même état, sauf les vomissements qui sont plus rares. Elle a encore eu, vers 5 heures du matin, un violent frisson. Le délire persiste.

Pouls à 120. Température. 40,2.

Le ventre est toujours très sensible, la sonorité est exa-

gérée. L'utérus est très douloureux, les culs-de-sac sont libres.

Une diarrhée fétide est apparue.

L'urine contient une grande quantité d'albumine, et une notable proportion d'urobiline.

Nous continuons les irrigations antiseptiques. Aconit et belladone alternés, et le bromhydrate de quinine en injection sous-cutanée.

Le 7. État stationnaire. Pouls à 120, température à 40°. Pas de nouveau frisson depuis la veille. Le délire continue. La diarrhée persiste.

L'urine contient 10 grammes d'albumine par litre et toujours de l'urobiline.

Le 8. Pouls 120. Température, 39°,8.

Le ventre est un peu moins douloureux. L'utérus est toujours très sensible. Le délire persiste avec quelques moments de lucidité qu'elle n'avait pas eus jusqu'ici. La sécrétion lactée ne s'établit pas. Aucun écoulement utérin, même traitement.

Le 9. Pas de changement.

Pouls toujours à 120. La température matin et soir est à 39°,5 et 39°,8.

Le 10. Pouls 120. Température 39°,5.

Le délire s'amende dans la journée et ne revient que la nuit. Les vomissements cessent. Le ventre et l'utérus sont moins douloureux, la malade accuse pour la première fois une douleur très vive dans les orteils du côté gauche, s'irradiant dans toute la jambe. A l'examen on ne constate aucune modification des tissus. Pas d'œdème.

On alterne bryone et belladone, et on continue les irrigations.

Le 11. Pouls à 120. Température à 39°,5.

Le délire est moins fréquent. L'abdomen n'est presque plus douloureux. La diarrhée est arrêtée, mais la malade se plaint de plus en plus de sa jambe gauche, et un peu de la droite. Elle accuse sa garde de lui enfoncer des épingles dans le pied. L'albumine, de 10 grammes est tombée à 7. Même traitement.

Le 12. Pouls toujours à 120. Température à 39°. Les symptômes du côté du ventre et de l'utérus s'amendent de plus en plus, mais en revanche les douleurs dans les membres inférieurs augmentent et reviennent par accès, « comme des éclairs », me dit la malade. Les douleurs limitées aux pieds et aux jambes remontent à la partie antérieure de la cuisse; elles sont toujours plus prononcées à gauche qu'à droite. Entre les accès de grandes douleurs Mme Ph... accuse des sensations de brulûre, de fourmillement, de piqûres; la peau ne présente aucune modification, ni rougeur ni œdème.

L'exploration de la sensibilité avec une épingle ne détermine aucune sensation douloureuse. Cependant le côté droit sent un peu mieux. La pression des masses musculaires de la région antéro-externe de la jambe et antérieure de la cuisse détermine une vive douleur. Les différents points du sciatique explorés ne déterminent aucune douleur plus forte qu'ailleurs, sauf au niveau de la tête du péroné, au sciatique poplité externe. La pression à l'échancrure sciatique ne donne aucune réaction. Les réflexes patellaires et plantaires sont diminués surtout à gauche.

On alterne bryone avec arsenic, et le soir pour procurer un peu de sommeil un lavement avec 2 grammes de chloral.

Le 17. Pouls à 100. La température est tombée à 37.

L'état général s'améliore. Du côté de l'abdomen, tout va de mieux en mieux. L'utérus n'est plus douloureux.

On commence à alimenter la malade qui souffre toujours, surtout la nuit.

A la mensuration on trouve 1 centim. 1/2 de moins du côté gauche que du côté droit. Il y a certainement un commencement d'atrophie. Le pied a une tendance à tomber, les orteils sont fléchis. En explorant avec un courant maximum de l'appareil volta-faradique de Gaiffe, on ne détermine aucune contraction à gauche, quelques-unes, mais très faibles à droite. La sensibilité électrique n'est pas abolie.

La douleur et l'atrophie étant une indication de bryone, nous persévérons dans son emploi. Nous mettons de chaque côté de la jambe une petite planchette ouatée pour empêcher le pied de s'incliner en dedans, ainsi qu'il en a la tendance, et avec une bande appliquée sur la planchette nous corrigeons le léger degré d'équinisme.

Le 25. Les douleurs diminuent mais l'atrophie musculaire fait des progrès. Il y a maintenant une différence de 3 centimètres entre les deux jambes.

On fait du massage et de la faradisation.

On alterne bryone avec arsenic.

5 juin. La malade souffrant moins demande à se lever. L'état général est bien meilleur, l'appétit revient. L'urine ne contient presque plus d'albumine, à peine 0 gr. 30 centigr. par litre. Nous l'aidons à se lever, mais à peine les pieds à terre, il lui est impossible de se tenir sans appui. La soutenant sous chaque bras, nous lui faisons faire quelques pas. Elle traîne les pieds en

voulant marcher ; elle est obligée de lever fortement la cuisse, pour ne pas que la pointe du pied heurte le sol. En un mot elle steppe.

A partir de ce moment l'amélioration revient lentement, et aujourd'hui, huit mois après le début des accidents, la malade marche relativement bien. La jambe droite est revenue à son état normal. A gauche, il persiste encore un peu d'atrophie musculaire. Les réflexes sont normaux. La sensibilité également.

III

Quelle a donc été chez cette femme nouvellement accouchée, la cause de cette paralysie des membres inférieurs ?

D'abord éliminons l'hystérie, rien dans les antécédents de notre malade ne peut y faire songer. Elle n'en avait d'ailleurs aucun des signes.

A-t-on eu affaire à une affection de la moelle, à une myélite aiguë? Nous n'avons eu ici ni rachialgie, ni douleurs en ceinture, pas de rétention d'urine ni de matières fécales, pas d'eschare, etc.

Il faut, dit M. Babinski (in. Charcot et Bouchard) toujours penser à l'alcoolisme dans les névrites périphériques, même chez la femme. Et il rapporte à ce sujet l'observation d'une femme accouchée depuis deux mois présentant les signes classiques d'une paralysie alcoolique, éthylisme qui tenait à ce que pendant sa grossesse, cette femme ayant eu des vomissements incoercibles, on la soutint jusqu'à l'abus, par force champagne et eau-de-vie.

Chez Mme Ph..., rien de semblable, elle a toujours été d'une sobriété parfaite.

Quant à invoquer la compression ainsi que le voulait Lefebvre (1) pour expliquer les paralysies puerpérales, cela serait possible, mais bien douteux. Les premiers symptômes douloureux seraient alors survenus, non cinq jours après l'accouchement, mais immédiatement après, comme dans le cas de Lamy (2) où pendant l'accouchement la malade ressentit une vive douleur dans le membre inférieur, « comme si on lui enfonçait des milliers d'épingles dans la peau », immédiatement après paralysie, qui évolua comme une névrite périphérique.

En admettant que la compression eût été la cause de la névrite, cette dernière eût été unilatérale et non bilatérale, et les douleurs auraient probablement eu pour point de départ la racine de la cuisse, et non le pied.

Il est vrai que Lefebvre a rapporté dans sa thèse plusieurs faits inédits dans lesquels dans la moitié des cas, la paralysie est limitée ou tout au moins prédominante au territoire du sciatique poplité externe. Il interprète ce fait de la façon suivante : « On sait, dit-il, que le plexus sacré est formé par les quatre premières paires sacrées qui convergent vers la partie inférieure du grand tronc sciatique, lequel sort du bassin au-dessus du muscle pyramidal. Ce plexus a encore une autre racine très importante, c'est le nerf lombo-sacré : formé par la branche antérieure de la cinquième paire lombaire et le rameau inférieur de la bifurcation de la quatrième, ce nerf s'éloigne peu de la colonne vertébrale, jusqu'au moment où il se dégage au niveau du bord inférieur du muscle psoas ; il devient alors plus fortement oblique, contourne

---

(1) LEFEBVRE. *Loc. cit.*

(2) LAMY. *Loc. cit.*

la saillie arrondie du détroit supérieur et va enfin rejoindre le bord externe du plexus sacré. Ainsi ce nerf, après avoir été pour ainsi dire protégé d'abord par la saillie considérable de la colonne vertébrale, repose sur une surface encore saillante et la parcourt sur une longueur de près de 4 centimètres. Cette disposition est éminemment favorable à la compression de ce nerf par la tête du fœtus, tandis que, au contraire, les racines sacrées du plexus peuvent éviter cette compression grâce à la dépression osseuse où elles sont situées et à la présence du muscle pyramidal sur lequel elles reposent. »

D'après le même auteur, toujours le tronc lombo-sacré constituerait l'origine radiculaire du sciatique poplité externe.

Comme dit le Dr Tuilant (1) :

« En admettant comme démontrée l'hypothèse de Lefebvre, elle serait insuffisante pour expliquer nombre de paraplégies puerpérales à localisation vague, intéressant a la fois le sciatique poplité externe et certaines branches du nerf crural. Ces troubles moteurs et sensitifs apparaissent du reste fréquemment, plusieurs jours et même plusieurs semaines après l'accouchement ; il nous semble que, dans ces conditions, la compression ne saurait être incriminée. »

M. Ch. Féré (2), dans une communication à la Société anatomique, a démontré fausse l'hypothèse de Lefebvre. D'après lui : 1° le sciatique poplité externe ne provient pas uniquement du nerf lombo-sacré ; 2° que non seulement le lombo-sacré, mais aussi la partie de la quatrième paire

---

(1) TUILANT. *Loc. cit.*

(2) CH. FÉRÉ. *Bulletin de la Société anatomique*, 1879.

lombaire qui va au plexus sacré, ne fournissent pas seulement au sciatique poplité externe, mais se divisent à peu près également entre les deux branches principales du nerf sciatique ; 3° que même en admettant la possibilité de la compression isolée du lombo-sacré au détroit supérieur, la localisation exclusive de la paralysie au sciatique poplité externe, reste inexpliquée.

Quant à l'infection, elle ne fait, il nous semble, aucun doute dans notre observation : élévation brusque de la température, frissons répétés, délire, vomissements, diarrhée, présence de l'albumine et de l'urobiline dans l'urine indiquent assez une infection généralisée.

Pourquoi ces accidents chez une femme pour laquelle avant comme après notre intervention, nous avions pris les précautions antiseptiques voulues? En voici je crois la cause : nous donnions en ce moment nos soins à une femme qui, quelques jours auparavant, s'était fait avec une fourchette une plaie à la région sourcilière droite, plaie non soignée et suivie de symptômes érysipélateux : fièvre à 40°, délire, vomissements, engorgement des ganglions du cou, rougeur diffuse de la région avec bourrelet caractéristique. Cette femme était enceinte et à terme, et, trois jours après le début de son érysipèle, elle accoucha spontanément d'un enfant vivant. Après l'accouchement, malgré la propreté la plus absolue, des symptômes graves surviennent du côté de l'appareil génital, et la malade fut emportée en quarante-huit heures.

La sage-femme qui venait d'accoucher cette femme fut appelée auprès de Mme Ph.... Nous lui avions alors donné des conseils de propreté dont elle ne tint aucun compte, ou plutôt elle croyait les suivre en faisant une simple immersion du doigt, qui allait pratiquer le toucher, dans

une solution phéniquée, sans avoir au préalable, eu soin de savonner une main toujours sale. Nous croyons donc que c'est la sage-femme qui, par des examens répétés, les membranes rompues, inocula le streptocoque (Doléris et Widal) à Mme Ph....

IV

On peut, au point de vue de la symptomatologie des névrites puerpérales, admettre deux formes principales (Möbius, Tuilant : la *polynévrite généralisée* et la *polynévrite localisée*, cette dernière étant de beaucoup la plus fréquente).

I. *Forme généralisée.* — On la voit survenir pendant la grossesse à la suite des vomissements incoercibles. (Obs. de Desnos, Jeoffroy et Pinard, de Whitfield, de E. et J. Sottas). Au début, cette affection a une marche suraiguë et s'accompagne d'un mouvement fébrile nettement accusé. Cette première période est de courte durée ; la polynévrite atteint son summum en quelques jours, en quelques semaines, et rétrocède ensuite lentement d'une façon irrégulière.

La polynévrite puerpérale est une névrite mixte avec prédominance très marquée des troubles moteurs. Ces troubles sont précédés et accompagnés de manifestations douloureuses dans les membres atteints. Les malades se plaignent de fourmillements, de sensations de brûlure, de froid, de piqûres d'épingles, d'engourdissement. On voit des douleurs non seulement au début de l'affection, mais encore au cours et même au déclin. La paralysie et l'atrophie qui l'accompagne ne frappent pas également tous les groupes musculaires, elles semblent avoir une prédilection marquée pour certains d'entre eux. Ainsi,

aux membres inférieurs, elles intéressent surtout le groupe antéro-externe de la jambe, et le groupe antérieur de la cuisse, tandis qu'aux membres supérieurs elles portent surtout leur action sur les extenseurs du poignet (Babinski). Il en résulte des attitudes vicieuses : les mains sont tombantes et les pieds en hyperextension. La légère anesthésie qu'on observe pendant les premiers temps de la maladie disparaît complètement bien avant les troubles moteurs.

Les réflexes tendineux sont abolis ou très diminués.

La sensibilité électrique est conservée, mais la contractilité musculaire est abolie (Tuilant).

Cette forme de polynévrite met environ deux ans à évoluer. Elle se termine généralement par la guérison. On peut voir cependant l'atrophie persister dans certains groupes musculaires, plus longtemps que dans d'autres, et retarder pendant longtemps la guérison définitive. On peut appliquer, du reste, à la névrite puerpérale la règle suivante, commune à toutes les névrites infectieuses ou toxiques : la guérison est d'autant moins lente à se produire, qu'au début les accidents ont eu une marche plus rapide.

II. *Forme localisée.* — S'observe tantôt sur les membres thoraciques, tantôt sur les membres abdominaux. Ces deux types ne sont pas toujours indépendants l'un de l'autre. C'est ainsi que l'on peut voir la paraplégie puerpérale d'origine névritique s'accompagner d'accidents légers du côté des membres supérieurs, d'une parésie légère, de courte durée, sans atrophie.

Type supérieur. — Ce sont surtout les rameaux terminaux du médian et du cubital qui sont touchés et souvent qu'un bras, de préférence le droit.

Les troubles moteurs ont toujours été accompagnés

d'altération de la sensibilité. Mais, comme dans la forme généralisée, c'est surtout la motilité qui est altérée.

Le début survient quelques jours, quelques semaines après l'accouchement et se traduit par des phénomènes subjectifs tels que fourmillements, sensation de piqûres et parfois de véritables douleurs fulgurantes. Si on interroge le médian et le cubital, on constate qu'ils présentent une sensibilité anormale et que la moindre pression détermine chez la malade une sensation douloureuse parfois très vive. Au bout de quelques jours, l'atrophie des éminences thénar et hypothénar, et des interosseux, donne aux mains une attitude spéciale — mais en griffe.

M. Tuilant aurait observé au début de l'évolution de la névrite des troubles trophiques, caractérisés par une éruption vésiculeuse sur les doigts et par un œdème et état cynanotique des extrémités.

Type inférieur. — C'est ce type qui a été surtout attribué autrefois soit à la compression au moment de l'accouchement, soit à un état inflammatoire des annexes (Obs. de Pilliet, 1888) ou considéré comme réflexe. Comme dans notre observation les troubles surviennent quelques jours après l'accouchement et se cantonnent surtout dans les extenseurs.

Cette forme débute comme la précédente par des fourmillements, des sensations de piqûres, de brûlure, de froid. Puis apparaissent des phénomènes paralytiques, particulièrement à la partie externe de la jambe. Ces troubles peuvent se limiter à un membre. Quand les deux jambes sont prises, l'une l'est habituellement plus que l'autre. La marche est aussi suraiguë, l'atrophie est rapidement appréciable surtout au groupe antéro-externe des jambes; quand elle frappe les masses musculaires du

mollet et de la région antérieure de la cuisse c'est avec une moindre intensité. Les muscles s'atrophiant, le pied et les orteils prennent une attitude spéciale : équinisme très prononcé avec un léger degré de rotation en dedans.

Si on ne donne pas aux pieds une position convenable, on peut voir survenir au bout d'une dizaine de jours des rétractions fibro-tendineuses qu'il est impossible de faire disparaître plus tard.

Comme aux membres supérieurs, la durée est d'environ deux ans, et la guérison est la règle.

V

Au point de vue de la notion étiologique, il est probable que les névrites survenant pendant la grossesse doivent tenir à une auto-intoxication, tandis que celles survenant après l'accouchement tiennent à une hétéro-infection (Tuilant). Il ne faut pas non plus perdre de vue que d'autres causes peuvent, même chez une femme enceinte ou venant d'accoucher, déterminer des névrites ; tels sont : l'alcoolisme, l'empoisonnement par le plomb, l'arsenic, l'oxyde de carbone, etc.

Quant au traitement de la période aiguë, Bryone et Arsenic sont les médicaments de choix. L'indication de Bryone est la douleur augmentant par le toucher et la pression, et l'atrophie musculaire. L'Arsenic est indiqué par des douleurs brûlantes, avec aggravation nocturne.

Pour la période d'état, la faradisation et le massage luttent avantageusement contre l'atrophie.

Enfin, pour les membres inférieurs, il faut prendre soin de fixer les pieds dans une bonne position afin d'éviter les rétractions fibro-tendineuses, contre lesquelles il est difficile de lutter par la suite.

Dr Crépel.

REVUE DES SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. SYPHILIS ET PARALYSIE GÉNÉRALE. — II. LES TRACTIONS RYTHMÉES DE LA LANGUE. — III. SOINS A DONNER AUX FOUDROYÉS, AUX VICTIMES DES ACCIDENTS ÉLECTRIQUES. — IV. PATHOGÉNIE DU COUP DE CHALEUR. — V. ACTION CURATIVE DES INSUFFLATIONS D'AIR DANS LE PÉRITOINE TUBERCULEUX. — VI. LE COEUR FORCÉ ET LE SURMENAGE DANS LES EXERCICES SPORTIFS. — VII. PARALYSIE CONSÉCUTIVE A UNE ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE A STREPTOCOQUES.

I

Dans la séance du 30 *octobre*, M. FOURNIER a fait une communication assez longue sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale ; il ne regarde pas encore comme résolue la relation de cause à effet entre la syphilis et la paralysie générale, quoique cela soit au fond son opinion. Il croit que ce problème ne sera élucidé que lorsqu'une solution précise aura été donnée aux quatre questions suivantes :

1° Existe-t-il, oui ou non, comme résultat possible de la syphilis, un syndrome clinique qui mérite le nom de *pseudo-paralysie générale syphilitique* ?

2° La paralysie générale *vraie* peut-elle, à un titre quelconque, dériver de la syphilis ? Et, en cas d'affirmative, avec quel degré de fréquence en dérive-t-elle ?

3° La paralysie générale vraie qui se produit comme conséquence de la syphilis est-elle de *nature* ou simplement d'*origine* syphilitique ?

4° La paralysie générale vraie, qui se produit comme conséquence de la syphilis, se différencie-t-elle par quelque caractère clinique, anatomique ou autre, des paralysies générales d'autre origine ?

La discussion à laquelle il se livre ensuite est longue et confuse. Il nous paraît aujourd'hui incontestable que chez un très grand nombre de paralytiques, on trouve une syphilis antérieure ; si on pouvait la retrouver chez tous, maintenant que l'attention est appelée sur ce sujet, la question serait jugée.

Comment la syphilis influe-t-elle sur la paralysie générale ?

Pour les uns, la syphilis ne produirait la paralysie générale que sur un *terrain préparé* par des causes diverses, telles que : hérédité nerveuse, hérédité congestive, alcoolisme, excès, etc.

Pour d'autres, au contraire, la syphilis *préparerait* le terrain, se bornant ainsi à faire le jeu d'autres facteurs, qui seraient des causes efficientes de la catastrophe.

D'après une troisième théorie, la paralysie générale, comme le tabes et d'autres manifestations du même ordre, serait le résultat d'une infection septique issue elle-même du microbe encore inconnu de la syphilis (*toxines syphilitiques*).

Tout cela nous laisse un peu froid, nous autres cliniciens. M. Fournier ajoute que la paralysie générale lui paraît devoir être classée parmi les affections *parasyphilitiques*, c'est-à-dire rentrer dans des accidents qui ne relèvent pas exclusivement et nécessairement de la syphilis comme cause, et qui ne sont pas influencés par le mercure et l'iodure de potassium. On comprend facilement que les médicaments agissent mal sur une affection qui

s'accompagne de lésions irrémédiables des centres nerveux.

II

M. Labbé relate un cas de mort apparente, survenue pendant la chloroformisation, guéri par la méthode de Laborde, qu'il considère comme la méthode la plus sûre. M. Verneuil confirme cette manière de voir : il ajoute aux tractions de la langue la flagellation de l'épigastre.

M. Laborde émet le vœu que l'on instruise les sages-femmes de la méthode, pour l'appliquer aux nouveau-nés en état de mort apparente.

Dans la séance du 6 *novembre*, M. Perrier signale un nouveau fait en faveur de la méthode, dans un cas de mort apparente par le chloroforme.

Dans la séance du 4 *décembre*, M. Laborde rapporte une observation du Dr Guiet, très concluante, pour démontrer la supériorité de cette méthode sur celles qui sont généralement employées. Le Dr Guiet, après dix minutes de tractions linguales, rappelle à la vie un enfant né en état de mort apparente. Il est obligé de s'occuper de la mère, et lorsqu'il revient à l'enfant, il le trouve de nouveau à l'état de mort apparente ; il essaie les procédés habituels, respiration artificielle, frictions, etc., pendant dix minutes. N'ayant obtenu aucun résultat, il reprend les tractions de la langue, et est assez heureux pour rappeler l'enfant à la vie en six minutes.

Les accoucheurs, qui sont habitués à pratiquer l'insufflation et la respiration artificielle, et qui en connaissent les bons résultats, ont peine à accepter la nouvelle pratique. M. Guéniot, tout en reconnaissant la simplicité plus grande du procédé Laborde, a observé un cas où il a

échoué, et où l'insufflation a réussi. M. Tarnier rapporte un cas analogue ; il reconnaît cependant que l'insufflation est plus difficile à faire, et que lorsqu'on n'a pas l'habitude, on peut se tromper et introduire l'insufflateur dans l'œsophage au lieu du larynx.

M. Laborde pense que ses contradicteurs n'ont pas assez longtemps persisté dans les tractions de la langue ; les expériences physiologiques qu'il a instituées lui ont démontré péremptoirement que la pénétration mécanique de l'air dans le poumon, au moyen d'un soufflet, ne déterminait pas le retour du réflexe respiratoire ; que l'excitation du nerf laryngé supérieur ou les tractions linguales, qui font le même effet, provoquaient ce retour du réflexe respiratoire, qui faisait alors pénétrer l'air dans les bronches.

M. Tarnier soutient à son tour que l'expérience clinique a démontré que l'entrée mécanique de l'air dans le poumon par l'insufflation provoquait ce réflexe.

M. Pinard croit que la question est assez importante pour être mise à l'ordre du jour d'une séance ultérieure; il est du reste de la même opinion que MM. Guéniot et Tarnier.

III

Dans la même séance, M. Gariel lit un rapport sur les soins à donner aux victimes des accidents qui peuvent se produire dans les usines productrices d'électricité et sur le parcours des conduits électriques.

Nous avons rapproché ce rapport de la discussion précédente parce que nous trouvons le procédé de Laborde indiqué parmi les moyens à employer.

« Lorsqu'un individu est victime d'un accident dû au

contact de conducteurs électriques ou de machines génératrices, il faut d'abord faire cesser le contact, s'il existe encore, de façon que les personnes qui interviennent ne puissent pas être également victimes ;

« On transportera la victime dans un local aéré où l'on ne conservera qu'un petit nombre d'aides, trois ou quatre au plus, toutes les autres personnes étant écartées ;

« On desserrera les vêtements et on s'efforcera le plus rapidement possible de rétablir la respiration et la circulation ;

« Pour établir la respiration, on peut avoir recours principalement aux deux moyens suivants : les tractions rythmées de la langue et la respiration artificielle, l'une et l'autre devant être pratiquées pendant un temps suffisamment long ;

« Enfin, il conviendra concurremment de chercher à ramener la circulation en frictionnant la surface du corps, en flagellant le tronc avec les mains ou avec des serviettes mouillées et en employant tous les moyens utilisés en pareil cas. »

IV

M. Laveran, dans la séance du 27 *novembre*, rapporte des expériences qu'il a faites en collaboration du Dr Regnard sur la pathogénie du coup de chaleur. Pour se mettre dans des conditions se rapprochant de celles du soldat en marche, ils ont fait agir la chaleur en l'augmentant progressivement sur des animaux au repos et sur des animaux assujettis à un travail fatigant.

Il ressort de ces expériences que l'exercice favorise le coup de chaleur et qu'il élève par lui-même la température du corps ; il en conclut donc que par les grandes cha-

leurs, il faudra réduire les étapes des troupes en marche ralentir l'allure et faire reposer souvent les hommes. Pour les expérimentateurs, la mort « paraît être la conséquence d'une action directe, excitante d'abord, puis paralysante de la chaleur sur le système nerveux ».

M. VALLIN, dans la séance du 18 *décembre*, rappelle les expériences qu'il a faites autrefois et qui sont en contradiction avec celles de M. Laveran ; il est vrai qu'elles ont été faites d'une façon différente. Il a attaché des chiens sur une gouttière, en plein soleil, alors que la température à l'ombre était entre 25 et 28°. Au bout de trois quarts d'heure, les chiens haletants étaient pris de convulsions cloniques, puis toniques, et mouraient rapidement dans le coma. Leur cœur était petit, revenu sur lui-même, inexcitable au courant électrique ; il en avait conclu que la myosine avait été coagulée par la chaleur, suivant l'opinion de Claude Bernard et de Kühne.

V

Dans la séance du 27 *novembre*, M. FOLET (de Lille) avait lu « l'observation d'une femme atteinte de péritonite tuberculeuse, dans la cavité abdominale de laquelle il injecte 3 litres d'air, après lui avoir préalablement retiré, au moyen d'une ponction, 6 litres de sérosité. Le liquide ne s'est pas reproduit; l'état général s'est beaucoup amélioré et cette guérison se maintient, après huit moi écoulés ». L'auteur rappelle qu'une tentative analogue suivie de succès a été faite en 1892 par M. Von Mosetig-Moorhof.

VI

Dans la séance du 18 *décembre*, M. TEISSIER (de Lyon) a

communiqué les observations qu'il a faites sur un certain nombre de coureurs après une marche forcée de 80 kilomètres. Il a constaté : 1° une déviation notable de la pointe du cœur en dehors, avec augmentation de la matité précordiale en rapport avec une dilatation des cavités droites ; 2° une brusquerie et une brièveté particulière de la systole cardiaque avec une diminution de la pression artérielle de 3 à 6 centimètres; 3° chez les deux tiers des sujets on observait une albuminurie appréciable et une augmentation de l'excrétion de l'urée.

VII

M. Proust communique l'observation d'un petit garçon de 7 ans atteint pendant dix-sept jours d'une angine pseudo-membraneuse. L'examen bactériologique fit reconnaître seulement des streptocoques et pas de bacille de Löffler ; il en fut de même chez la mère qui fut atteinte en le soignant. Cependant deux semaines après la disparition des fausses membranes, l'enfant, après quelques malaises, présenta « du strabisme convergent ; deux jours après, la voix était nasonnée et il toussait en avalant les liquides. Trois jours plus tard, l'enfant ne pouvait plus se tenir debout, bien qu'il pût encore mouvoir les membres inférieurs dans son lit. La paralysie resta toujours incomplète, sans trouble de la sensibilité, ni atrophie musculaire, mais avec disparition du réflexe rotulien. Le strabisme dura environ quinze jours. Au bout d'un mois, l'enfant pouvait de nouveau marcher ».

Voici, en somme, une paralysie diphtéritique sans diphtérie, si nous devons accepter que la présence du bacille de Löffler est nécessaire pour établir le diagnostic diphtérie. D[r] Marc Jousset.

SOCIÉTÉ MEDICALE DES HOPITAUX

I. Erythèmes scarlatiniformes desquamatifs et éruptions post-sérothérapiques. — II. Goitre expérimental par injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien. — III. Des abcès consécutifs au traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. — IV. Angine de poitrine coronarienne. — V. Sérumthérapie de la diphtérie. — VI. Goitre expérimental.

I

Dans la séance du 8 *novembre* dernier une observation de Le Gendre a été le point de départ d'une longue discussion, assez vague du reste, sur la pathogénie des érythèmes scarlatiniformes desquamatifs; il est certain que, sous ce nom générique, on a englobé des cas très différents depuis de simples éruptions médicamenteuses (pathogénétiques, dirions-nous) jusqu'à des manifestations plus graves comme celles des quatre malades de Le Gendre, qui ont succombé peu après ces éruptions, qui se sont montrées trois fois dans le cours de fièvres typhoïdes et une fois chez un brightique. Il nous paraît impossible cliniquement de réunir tous ces faits et les explications pathogéniques qui en ont été tentées ne tiendront certainement pas devant l'observation subséquente.

Mais nous tenons à rapporter une observation du Dr Burlureaux parce qu'il s'agit d'un malade traité par le sérum de Roux et que nous devons nous occuper spécialement de tout ce qui se rapporte à la sérothérapie.

Il s'agit d'un enfant de 5 ans, auquel M. Chaillou fit, le 7 octobre dernier, une injection de 20 grammes de sérum

pour une angine diphtéritique qui guérit très bien. Le 15 octobre (9e jour) M. Burlureaux était appelé en toute hâte : depuis le matin, « sur tout le corps y compris la face, éruption de grands placards rouges ressemblant à la scarlatine » ; l'éruption était plus intense au niveau de la fosse iliaque gauche où avait eu lieu l'injection ; « le lendemain l'érythème était tout à fait localisé à la fosse iliaque gauche, et il revêtait non plus l'apparence de la scarlatine, mais celui de la rougeole, avec papules légèrement saillantes ; le troisième jour, des papules semblables existaient sur tout le ventre, sur les cuisses, alors qu'elles pâlissaient et qu'elles s'affaissaient sur la fosse iliaque ; le quatrième jour, l'érythème papuleux avait envahi les bras, les mollets et le dos ; au cinquième jour, il pâlissait partout ; le sixième jour, il avait disparu sans desquamation » ; démangeaisons seulement le premier jour ; léger malaise, sans fièvre le quatrième et le cinquième jour.

Le Dr Le Gendre dit que ces éruptions sont très fréquentes, que le plus souvent elles ressemblent à l'urticaire, mais que l'on peut observer des érythèmes polymorphes. Ces éruptions peuvent survenir très tardivement (vingt jours après la dernière injection), elles peuvent s'accompagner d'un peu de fièvre et de douleurs rhumatoïdes. Il les attribue non à l'antitoxine, mais au sérum de cheval.

II

MM. Gilbert Ballet et Enriquez font dans la séance du 16 *novembre* une communication au sujet d'expériences d'*hyperthyroïdisation* et d'*hypothyroïdisation*. Ils rapportent simplement le fait suivant sans interprétation.

Un chien a été soumis depuis un mois à des injections

d'extrait glycérolé de corps de mouton, préparé de la manière suivante : le corps thyroïde est divisé en petits cubes d'un centimètre de côté que l'on fait macérer dans une quantité égale de glycérine stérilisée pendant vingt-quatre heures ; le liquide ainsi obtenu est étendu de deux fois son volume d'eau et filtré simplement au papier Laurent.

« Depuis le 17 octobre, le chien a subi deux séries d'injections séparées par une période d'une semaine environ.

« La première série a duré quatorze jours consécutifs. Les premiers jours nous avons injecté 4 centimètres cubes d'extrait thyroïdien par jour ; la dose a été élevée progressivement les jours suivants pour atteindre 15 centimètres cubes ces derniers jours ; en tout le chien a reçu, pendant ces quatorze jours : 61 centimètres (1) cubes d'extrait. Durant cette série d'injections il a présenté un certain nombre de symptômes sur lesquels nous n'insisterons pas aujourd'hui, et que nous nous réservons de vous communiquer plus tard quand nous aurons multiplié nos expériences : fièvre, tachycardie, diarrhée, melœna, crises de tremblements, etc., etc.

« Le fait important que nous voulons mettre en relief aujourd'hui, c'est qu'à la suite des injections notre chien a présenté un gonflement très appréciable du cou.

« Ce gonflement a débuté cinq jours après la première injection ; il siégeait de chaque côté du larynx et il était légèrement plus accentué à gauche qu'à droite. Au bout de trois jours, c'est-à-dire huit jours après le début de l'expérimentation, la tuméfaction diminuait à gauche

(1) Le texte porte 16 centimètres cubes, ce qui est forcément une erreur d'impression.

pour augmenter à droite d'une façon très manifeste. Cette tuméfaction, qui très vraisemblablement correspondait au lobe droit du corps thyroïde, persista tant que durèrent les injections de la première série.

« Au treizième jour de l'expérimentation les injections furent supprimées. Quelques jours après, les autres symptômes : fièvre, tachycardie, diarrhée, tremblement, etc., etc., s'amendaient ou disparaissaient, et parallèlement le gonflement du corps thyroïde commença à diminuer pour s'effacer entièrement au septième jour après la cessation des injections.

« A ce moment-là notre chien fut soumis à une nouvelle série d'injections à des doses relativement faibles, 6 centigrammes au maximum par jour. Au bout de trois jours les symptômes fièvre, tachycardie, diarrhée, etc., etc., reparurent, en même temps que le gonflement du corps thyroïde, qui cette fois-ci alla progressant et constitue aujourd'hui une tuméfaction appréciable à la vue. Comme vous pouvez le constater, Messieurs, cette tuméfaction unilatérale siège exactement à la place anatomique qu'occupe le lobe droit du corps thyroïde : elle fait corps pour ainsi dire avec le larynx et participe à tous ses mouvements. La palpation en est légèrement douloureuse, et donne une sensation nette de lobulation. Nous n'avons constaté ni mouvement d'expansion ni bruit de souffle à l'auscultation.

« Quoi qu'il en soit, il ne nous paraît pas possible de douter, et le contrôle anatomique ne tardera pas à nous renseigner d'une façon précise à cet égard, que nous soyons en présence d'un goître expérimental provoqué par les injections sous-cutanées de liquide thyroïdien. »

Nous avons rapporté cette expérimentation tout au long, car elle a du rapport avec ce que nous avons publié dans le numéro de novembre de l'*Art médical*, parce que la pathogénésie du corps thyroïde est à l'étude dans notre école et parce qu'en nous basant sur la loi de similitude, nous pourrons peut-être trouver un médicament précieux dans cet extrait thyroïdien, dont l'étude nous est fournie presqu'entièrement par nos adversaires.

III

Les abcès qui surviennent dans le cours ou au déclin de la fièvre typhoïde sont depuis longtemps connus et les anciens considéraient même comme une crise favorable les petits abcès multiples, guérissant rapidement et se présentant sur tous les points du corps au moment où la fièvre typhoïde arrive à son déclin. M. CHAUFFARD est venu rapporter à la Société ce qu'il a vu dans son service cette année. Sur 25 cas de fièvre typhoïde, il a observé 12 malades ayant présenté des suppurations plus ou moins multiples.

Le nombre si considérable de ces suppurations a attiré son attention et il s'est livré à une petite enquête dont voici les conclusions : Les abcès se sont montrés chez les malades ayant eu un grand nombre de bains (11 malades sur les 12 ayant présenté des abcès avaient pris plus de 90 bains; 1 seul malade sur les 13 n'ayant pas eu d'abcès avait atteint 90 bains); or, plus les malades prennent de bains, plus ils présentent de petites lésions cutanées pouvant servir de porte d'entrée à une inoculation secondaire; la peau se gerce et se crevasse, devient douloureuse, surtout au niveau des flancs, des fesses, aux mains et aux pieds. L'examen bactériologique du pus, chez 5 ma-

lades sur 12, montre la présence du staphylocoque, tantôt doré, tantôt d'une forme plus pâle; l'eau des bains, qui était de l'eau de Seine, fut examinée par M. Chantemesse, qui y a trouvé les mêmes microbes et qui a déterminé, par l'injection intra-veineuse des cultures chez le lapin, une septicémie mortelle.

M. Chauffard espère éviter cette complication en se servant d'eau de source, ou en additionnant ce bain de 30 grammes de naphthol pour un grand bain; on mettra en outre de la pommade aux endroits de la peau qui s'excorie.

M. Le Gendre a vu la pratique de M. Bouchard, pratique consistant en bains tièdes prolongés pouvant, d'autant mieux qu'ils sont plus longs, amener les altérations de l'épiderme; il déconseille l'emploi du naphthol qui donne aux malades une impression de froid considérable et conseille des bains additionnés d'acide borique ou de sublimé à dose très faible.

M. Rendu, sans contester l'influence possible de l'eau contenant des microbes pyogènes sur la production des abcès, croit que c'est plutôt en remettant le malade dans un lit souillé par le pus de ses propres abcès, qu'on arrive à leur pullulation.

V

M. Huchard, dans la *séance du* 23 *novembre*, présente les pièces anatomiques d'une jeune femme de 33 ans qui vient de mourir dans son service; elle était entrée depuis quelques jours seulement, avec une figure pâle, blafarde; elle présentait un certain degré de tachycardie (120 à 130 pulsations) avec battement marqué des artères cervicales, ce qui avait fait penser à quelques élèves à un goitre exophthalmique fruste. « Au cœur, on ne constatait

d'autre bruit anormal qu'un léger prolongement systolique à la base et vers la droite du sternum. » Elle mourut dans la nuit en moins d'une heure, après avoir éprouvé une très violente douleur au creux de l'estomac, suivie d'embarras de la respiration, de cyanose de la face et des extrémités.

L'autopsie démontra que l'aorte thoracique et abdominale était tapissée de nombreuses plaques d'aortite récente, le ventricule gauche était légèrement hypertrophié, les valvules saines. Les lésions d'aortite les plus intenses siégent au niveau de la naissance de l'aorte, qui présente un aspect mamelonné tout à fait caractéristique, avec des plaques molles, légèrement gélatiniformes; l'embouchure des coronaires est très rétrécie sur toute la droite.

M. Huchard montre que ce fait est en rapport avec les 150 cas qu'il a recueillis ou analysés et qui établissent que l'angine de poitrine vraie dépend de la sténose des artères coronaires.

Il faut remarquer aussi que chez la malade l'aortite aiguë se traduisait par des symptômes rappelant de loin le goitre exophthalmique fruste.

V

Nous laisserons de côté aujourd'hui la discussion sur la *pérityphlite* et *l'appendicite*, discussion qui a tenu trois séances de la Société et sur laquelle nous reviendrons dans le prochain numéro de l'*Art médical*.

M. Moizard communique, dans la séance du 7 *décembre*, les résultats du traitement par le sérum antidiphthérique sur 231 malades.

Ce traitement a été commencé à l'hôpital Trousseau le 18 septembre seulement; dans les premiers mois de

l'année, la broncho-pneumonie avait amené une mortalité considérable dans le pavillon de la dipthérie, la mortalité des trachéotomies a été de 86 0/0 du mois de février au mois de juillet dernier. Depuis le mois de septembre les enfants atteints de diphtérie pure sont séparés de ceux qui présentent des associations microbiennes.

Du 1er octobre au 30 novembre 302 enfants sont entrés dans le pavillon des douteux et tous ont reçu 20 centimètres cubes de sérum à leur entrée; sur ce nombre 53 ne présentaient pas le bacille de Löffler. 249 enfants sont donc entrés dans le pavillon de la diphtérie, sur ce nombre 18 restaient en traitement à la fin du service du Dr Moizard; il en a donc observé complètement 231, avec 34 morts, ce qui donne 14,75 0/0 de mortalité.

Sur les 34 décès, il convient de distinguer 6 enfants entrés avec de la broncho-pneumonie et morts dans les premières vingt-quatre heures de séjour; 1 enfant atteint d'angine hypertoxique et mort aussi dans les premières vingt-quatre heures; 2 enfants morts pendant la trachéotomie. La statistique serait alors de 11,26 0/0. La statistique des deux mêmes mois pendant les cinq années précédentes à toujours dépassé 50 0/0.

Si on divise encore, nous trouvons 44 cas d'angines diphtéritiques pures avec 2 décès, soit 4,54 0/0; 42 cas d'angines à association microbienne, avec 6 décès, soit 14,28 0/0; 94 croups simples avec 17 décès, soit 17,47 0/0; 51 croups associés avec 9 décès, soit 17,64 0/0.

Tous les petits malades ont reçu une injection initiale de 20 centimètres cubes; si le second jour il y avait une amélioration de l'état général avec diminution du pouls et de la température, on ne renouvelait pas l'injection; sinon, on faisait une nouvelle injection de 10 centimètres

cubes, quelquefois une seconde le soir de 5 ou 10 centimètres cubes et on continuait ainsi, cessant ou continuant l'emploi du sérum suivant l'état du malade de sorte que la quantité du sérum employé a varié, suivant les cas, de 20 à 120 centimètres cubes.

Les observations montrent qu'avec ce traitement l'albuminurie n'a pas été plus fréquente qu'avec les traitements antérieurs, puisque, sur 231 malades, on ne l'a notée que 82 fois et encore 62 fois d'une façon très passagère.

Si on examine maintenant l'influence du traitement sérothérapique sur le nombre des trachéotomies ou intubations à faire, on reconnaîtra qu'elle est considérable puisqu'en 1891 et 1892 sur 100 enfants atteints de diphtérie 50 au moins étaient trachéotomisés (Martin et Chaillou) tandis que sur les 231 malades du Dr Moizard il n'y a eu que 119 croups sur lesquels 29 seulement ont été trachéotomisés ou intubés (18 trachéotomisés, 9 intubations, 2 intubations suivies de trachéotomies).

Au point de vue des accidents dus à la sérumthérapie M. Moizard n'a observé qu'un seul abcès sur les 600 injections pratiquées dans son service ; il a observé 33 cas de manifestations cutanées qui se subdivisent comme suit : 11 cas d'urticaire, 9 cas d'érythème scarlatiniforme, 9 cas d'érythème polymorphe, 1 cas de purpura.

L'urticaire peut apparaître quelques heures après l'injection, quelques jours et même quinze jours après ; elle est plus ou moins généralisée, présente plusieurs poussées successives et ne s'accompagne ordinairement ni de fièvre, ni d'état général.

L'érythème polymorphe peut se montrer sans manifestation générale, ordinairement mélangé d'urticaire, d'éry-

thème papuleux, quelquefois d'érythème scarlatiniforme; il peut quelquefois s'accompagner de symptômes généraux assez intenses. Une fillette de 9 ans atteinte d'angine à coccus, reçut seulement une injection de 20 centimètres cubes le 10 octobre; elle guérit très bien, mais, le 18, apparurent quelques placards érythémateux sur la face et le dos des mains, qui disparurent vite sans réaction générale; le 24 au soir, douleurs dans l'articulation coxo-fémorale droite, avec fièvre intense (39 5), agitation, subdélirium, vomissements. Le lendemain, érythème polymorphe généralisé (larges placards rouges sur la poitrine et le dos, éruption rubéolique sur le ventre, érythème papuleux des poignets et du cou de-pied), douleurs vives dans la hanche, empêchant le mouvement, et fièvre. Le 26, en outre, douleurs dans les épaules et la colonne vertébrale. Le 27, après une amélioration le matin, reprise de la fièvre le soir; les accidents persistèrent en diminuant jusqu'au 2 novembre et laissèrent l'enfant tr s faible pendant un mois. Les urines ne continrent pas d'albumine, mais pendant dix jours on observa une phosphaturie très marquée; M. Moizard a, dans un cas analogue, observé cette phosphaturie; M. Le Gendre aussi. M. Moizard analyse quatre observations analogues. Dans l'une, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne on observa, outre la douleur une tuméfaction de la jointure, avec rougeur de la peau. Toutes les articulations paraissent pouvoir être le siège de ces douleurs. Deux des enfants sur cinq avaient des angines ne présentant pas le bacille de Klebs-Löffler.

Le *purpura* a été observé chez un petit garçon atteint d'angine grave, avec association de streptocoques, et avec broncho-pneumonie : le purpura consiste en larges pla-

cards au niveau des injections. L'enfant était très gravement atteint, mais guérit cependant. On a signalé aussi un cas analogue en Allemagne, avec purpura généralisé mais plus intense au niveau des piqûres.

Dans la séance suivante (*décembre*) M. Le Gendre est venu apporter son contingent à la question; il a soigné les diphthéritiques au même hôpital que M. Moizard, du 18 septembre au 1er octobre et il a observé 21 cas traités par le sérum; on doit diviser ses 21 malades en 17 ayant le bacille de Löffler et 4 ne l'ayant pas. Sur les 17 cas, présentant 6 cas où le bacille était constaté seul et 11 où il était associé soit au staphylocoque soit au coccus de Brisou, si on retire un enfant mort pendant la trachéotomie à son arrivée, il reste 16 cas sur lesquels il y a eu 2 morts, soit 12,5 0/0.

Dans les accidents consécutifs à la sérothérapie rapportés par Le Gendre, nous signalerons seulement ceux qui présentent une différence avec ceux qu'a rapportés M. Moizard.

Dans un cas d'*érythème polymorphe*, quelques papules disséminées sont devenues bulleuses.

Chez un enfant de 14 ans, inoculé pour une angine diphthéritique post-scarlatineuse, le pouls devint lent et faible (50 pulsations), le rythme cardiaque simulant le *rétrécissement mitral* et il y avait de l'oligurie (500 grammes d'urine), avec phosphaturie et pigments biliaires.

Chez une petite malade de la ville (8 ans), inoculée pour une angine assez légère, les urines présentèrent rapidement de la phosphaturie mais elle guérit promptement. Vingt jours après l'inoculation, état général grave, vomissements réitérés, avec diarrhée fétide, phosphaturie ; un peu d'urobiline dans l'urine avec tuméfaction du foie :

douleurs dans les genoux puis érythème. L'enfant guérit après quelques jours.

M. Moizard avait dit, dans sa communication, qu'il serait intéressant de savoir si le bacille de Klebs-Löffler persistait longtemps dans la salive après la guérison par le sérum. M. Le Gendre a eu l'occasion d'observer pour une paralysie diphthéritique une jeune fille étant entrée le 28 septembre au pavillon de la diphthérie et guérie par le sérum. Les examens du 16 octobre, du 26 octobre et du 8 novembre montrèrent que la salive contenait des bacilles ; l'ensemencement de la salive donnait de nombreuses colonies de bacilles ; cependant une culture pure de l'ensemencement du 8 novembre inoculée à un cobaye ne l'a pas tué. Les bacilles avaient donc perdu leur virulence, dit M. Le Gendre ; nous nous contentons aujourd'hui d'insérer le fait, nous en tirerons plus tard des conclusions.

M. Lebreton présentera le mois prochain à la Société le compte rendu du dernier trimestre à l'hôpital des Enfants-Malades : il donne seulement aujourd'hui quelques chiffres : sur 242 malades entrés à la diphthérie, il y a eu 28 décès, soit 11,66 0/0.

MM. Charrin et Roger ont recherché l'action du sérum de Roux sur la nutrition, et dans ce but ils ont fait des injections de 3 à 5 centimètres cubes de sérum à des lapins; voici les résultats qu'ils signalent :

« La quantité des urines émises en vingt-quatre heures a subi des modifications assez variables ; le plus souvent, pourtant, il s'est produit une légère polyurie; la densité s'est toujours élevée ; l'urée et l'acide phosphorique ont augmenté notablement, tandis que les chlorures ont diminué; les modifications sont d'autant plus

appréciables que les doses injectées sont plus considérables. »

Chez un lapin, qui avait un abcès à la région pectorale et qui, à part cela, paraissait bien portant, l'injection de 3 centimètres cubes a déterminé un amaigrissement considérable (de 1.840 grammes il est tombé en quatre jours à 1.450), une diminution énorme de la quantité des urines (240 centimètres cubes à 50 le troisième jour et 87 le quatrième jour après l'injection). Il a eu aussi à noter le deuxième jour un accès de fièvre assez marqué et une certaine quantité d'albuminose dans les urines. Quant aux modifications sur l'urée, les phosphates et les chlorures, elles ont été analogues, mais plus marquées, à celles observées chez les animaux sains.

VI

MM. Ballet et Enriquez reviennent sur la *production expérimentale du goitre* par les injections de corps thyroïde. Sur deux nouveaux chiens, les injections ont produit rapidement le goitre.

Sur l'un d'eux les accidents toxiques qui ont accompagné les injections ayant amené la mort, le goitre expérimental a pu être apporté. Voici les passages les plus remarquables de cette expérience :

« Ce chien, que nous avons choisi jeune à dessein, présumant que chez lui l'intoxication serait plus rapide, a été mis en expérience le 3 décembre. Il subît tous les jours, jusqu'au 11 décembre, c'est-à-dire pendant huit jours, une injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes d'extrait thyroïdien, préparé selon la technique que nous avons donnée dans notre précédente communication. Dès le troisième jour, en dehors des symptômes ordinaires qui accompagnent l'intoxication thyroïdienne, fièvre,

tachycardie, diarrhée, melæna, etc., etc., il présenta une tuméfaction du lobe droit du corps thyroïde. Le sixième jour, le lobe gauche qui, les jours précédents, n'était pas accessible à la palpation, devint également manifeste sans atteindre cependant le volume du lobe droit, que nous estimons double du lobe gauche. Vers le septième jour, notre chien, très amaigri, présentait une température de 40°,6, les pulsations cardiaques montaient au chiffre de 190 ; les hémorrhagies intestinales devinrent de plus en plus abondantes et répétées ; il succomba le lendemain dans le collapsus (36°,5), ne pouvant plus se tenir sur ses pattes.

« Le chien pesait 6 kilogrammes avant l'expérience, et 4 kil. 500 au moment de la mort, ayant ainsi maigri du quart de son poids total en huit jours — la masse thyroïdienne totale pesait 3 gr. 75. — Par contre, chez un chien normal de 15 kilogrammes, les deux lobes thyroïdiens, que nous vous présentons, pèsent 2 gr. 75. — Le rapport qui existe entre le poids de l'animal et le poids de la masse thyroïdienne, comparée dans les deux cas, indique chez le chien en expérience une hypertrophie ayant, pour le moins, triplé le poids de l'organe. De plus, nous appelons l'attention sur l'inégalité de volume des deux lobes, le droit pesant le double du lobe gauche, comme la palpation nous avait permis de le supposer : exactement 2 gr. 40, contre 1 gr. 35.

« Les deux lobes présentaient à leur surface, plus étendus et plus nombreux sur le lobe droit, des points ecchymotiques très nets, moins visibles cependant depuis que ces lobes ont subi l'action du Muller et de l'alcool. Dans son ensemble, le lobe droit était plus vascularisé que le lobe gauche. Le cœur était le siège d'une hyper-

trophie concentrique portant exclusivement sur le ventricule gauche. Le poids de l'organe (45 grammes) rapporté au poids total de l'animal, 6 kil. 500, donne un rapport de 1 140 — ce qui est environ le double du rapport normal.

« Les deux reins, également volumineux (30 et 25 grammes), étaient le siège d'une congestion intense. L'état du tube digestif mérite une mention spéciale, le chien ayant présenté les deux derniers jours des hémorrhagies intestinales abondantes et répétées. L'examen du tube digestif ne nous a pas révélé la moindre ulcération gastrique ou intestinale. L'estomac et l'intestin contenaient bien encore quelques traces de sang altéré, noirâtre, mais après lavage à grande eau, il fut facile de constater l'intégrité de la muqueuse digestive. Ajoutons cependant que sur plusieurs points, surtout au voisinage du cæcum, on distingue un fort piqueté hémorrhagique à p ene visible. »

Voici des documents anatomo-pathologiques à ajouter à la pathogénésie du corps thyroïde qui a été faite en Angleterre par notre confrère le Dr Clark et dont nous donnerons prochainement la traduction à nos lecteurs.

Les résultats favorables de l'emploi du corps thyroïde dans le goitre, que nous rapportons à la page suivante, sont une démonstration de la loi de similitude, puisque ce qui produit le goitrechez le chien, le guérit chez le malade·

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement du goitre par l'ingestion de corps thyroïde. (*Semaine Médicale*, 17 octobre 1894.)

M. le Dr P. Bruns, professeur de chirurgie à la Faculté de Tubingue, a eu l'occasion de traiter par l'ingestion de corps thyroïde 12 malades atteints de goitre. 9 ont été guéris ou améliorés ; 3 seulement se sont montrés réfractaires au remède.

Dans tous ces cas, on a fait usage de pulpe de corps thyroïde cru de mouton ou de veau qu'on administrait en cachets ou dans une sandwich, à la dose de 5 à 10 grammes, répétée à des intervalles variant de deux à huit jours.

Le traitement a toujours été bien supporté, sauf chez un malade âgé de quarante ans chez lequel, après l'ingestion de 46 grammes du corps thyroïde en l'espace d'une quinzaine de jours, on voit survenir de la céphalalgie, des nausées, de l'anorexie et de l'accélération du pouls, mais sans fièvre. Le poids du malade diminua de 10 kilos. Les symptômes morbides disparurent dès qu'on eut suspendu le traitement.

M. Bruns pense que l'on peut éviter les phénomènes d'intoxication en ne donnant le corps thyroïde que tous les huit à dix jours, et à une dose ne dépassant pas 10 grammes chez les adultes et 5 grammes chez l'enfant.

Ce traitement est surtout efficace chez les sujets jeunes.

BIBLIOGRAPHIE

La stygmatisation et l'extase divine (Réponse aux libre-penseurs), par le Dr A. IMBERT-GOURBEYRE, professeur à l'École de médecine de Clermont.

Dans sa magnifique lettre sur le Saint-Siège, le R. P. Lacordaire a dit : « La guerre est en Europe », et après avoir ajouté qu'elle n'est ni entre les peuples, ni entre les rois, ni entre les rois et les peuples, ni entre la tyrannie et la liberté, il ajoute : « La guerre est plus haut que les idées, plus haut que les rois, plus haut que les peuples. Elle est entre les deux forces mêmes de l'intelligence humaine, la foi devenue par l'Eglise une puissance, la raison devenue également une puissance... », la guerre est donc entre la foi et le rationalisme.

Démontrer l'existence du surnaturel, c'est porter un coup droit au rationalisme. Le rationalisme, en effet, vit tout entier sur la négation du surnaturel. Or, dans ses deux magnifiques volumes, le professeur Imbert-Gourbeyre a démontré l'existence de la stygmatisation et de l'extase divine, par conséquent, de faits absolument surnaturels.

Son premier volume réunit tous les faits de stygmatisés et d'extase divine rapportés par la tradition catholique. Nous n'avons qu'une chose à dire de ce volume, c'est qu'il est complet, mais il échappe absolument à l'analyse et il faut le lire.

Dans le 2e volume, notre auteur bat en brèche les explications que les libre-penseurs ont données des faits surnaturels. Les efforts de son argumentation sont plus particulièrement dirigés contre Charcot et l'école de la Salpêtrière. On sait, en effet, que ce grand pathologiste, sor-

tant imprudemment du domaine de la médecine, a prétendu expliquer l'extase, la stygmatisation, les miracles et tous les faits d'ordre surnaturel par l'hystérie, l'hypnotisation et la suggestion. C'est une vraie faiblesse d'esprit que la manie qu'ont certains savants de prétendre expliquer et juger les plus grands problèmes de l'humanité par cette petite parcelle de lumière, qui éclaire si imparfaitement encore les problèmes de la pathologie.

Le professeur Imbert, avec cette clarté de style et cette force d'argumentation qui caractérise son talent, n'a pas eu de peine à renverser, sous des faits bien observés, les prétentions de l'école de la Salpêtrière (1).

Dr P. Jousset.

Vient de paraître, en janvier 1895, le premier volume de l'Annuaire homœopathique universel, sous la direction du Dr François Cartier, médecin de l'hôpital Saint-Jacques, à Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris; lauréat de la Faculté de médecine de Paris; trésorier de la Société française d'homœopathie; membre honoraire et correspondant des Sociétés homœopathiques de Philadelphie et de New-York.

Avec la collaboration des Docteurs : Timothy Field Allen, de New-York (*voies digestives*); Giuseppe Bonino, de Turin (*maladies générales*); George Burford, de Londres (*gynécologie et obstétrique*); Henry c. Houghton, de New-York (*otologie*); Sutcliffe Hurndall, de Londres (*art vétérinaire*); Horace Ivins, de Philadelphie (*nez et gorge*); Pierre Jousset, de Paris (*cœur et vaisseaux*); John R. Kippax, de Chicago (*dermatologie*); W.-B. Van

(1) La stygmatisation et l'extase divine, par le Dr Imbert-Gourbeyre. Librairie catholique; Bellé, éditeur, avenue Centrale, 4, à Clermont, et à Paris, Viec et Amat, rue Cassette, 11.

Lennep, de Philadelphie (*chirurgie*) ; A.-B. Norton, de New-York (*ophtalmologie*) ; V. L.-Simon, de Paris (*poumons*) ; Selden Talcott, de Middletown (*neurologie*) ; Alphonse Teste, de Paris (*pédiatrie*) ; Alexander Villers, de Dresde (*voies urinaires*).

L'Annuaire homœopathique Universel ne consiste pas en une liste de médecins, pharmaciens, sociétés et hôpitaux homœopathiques, comme le désigne trop souvent le mot « Annuaire ». Ce dernier travail a été accompli par notre confrère, le docteur Villers, de Dresde.

Le but de l'Annuaire homœopathique universel est de faire connaître chaque année au public médical le résumé condensé et ordonné de tous les travaux homœopathiques importants, publiés dans le monde entier, et traduits de toutes les langues. Le nombre et l'importance des journaux homœopathiques s'est tellement multiplié ces dernières années, surtout en Amérique, qu'il est actuellement impossible, même en lisant plusieurs journaux, d'arriver à la connaissance complète de l'œuvre annuelle de plus de 12.000 médecins homœopathes répandus dans les différents continents.

Or le nouveau volume donne un résumé de toutes publications intéressantes, tirées des 53 journaux homœopathiques les plus importants, sans compter les volumes, brochures, transactions, rapports d'hôpital, qui paraissent dans l'année.

C'est donc essentiellement dans le but de propagation de la thérapeutique homœopathique que notre confrère, le Dr Cartier, a accompli ce travail avec l'appui de collaborateurs éminents.

L'ouvrage possède environ 500 pages : c'est un in-octavo raisin richement relié. Il se divise en deux parties.

La première traite la matière médicale. Toutes les substances nouvelles, introduites dans la thérapeutique homœopathique, et les confirmations de symptômes déjà connus des anciens médicaments, y sont réunis par lettre alphabétique.

La seconde partie, de beaucoup la plus étendue, comprend ; 1° l'action clinique des médicaments, groupés avec leurs maladies respectives ; 2° un résumé des travaux récents de bactériologie, pathologie et autres sciences médicales, intéressant l'homœopathie ; 3° enfin, pour rehausser l'importance de l'ouvrage, quatorze médecins, choisis parmi les professeurs et les spécialistes les plus éminents de tous les pays, apportent l'appui de leur expérience et de leur science aux quatorze chapitres de pathologie traités dans l'Annuaire. Ces messieurs expriment leur opinion raisonnée sur les idées des auteurs, et sur l'action des médicaments dans une préface en tête de chaque chapitre.

Cette œuvre, sans précédent, sera sûrement appréciée des homœopathes français, et de tous les européens. L'anglais étant de beaucoup la langue la plus répandue dans le monde homœopathique, l'éditeur a fait paraître cette année le volume en anglais. Mais que ce ne soit pas un obstacle pour les homœopathes français ; l'anglais médical n'est pas très difficile à comprendre, et notre confrère devrait-il ne retenir que le nom d'une maladie et la liste des médicaments les plus conseillés, que le « Universal homœopathic Annual » lui serait encore très utile.

Pour toute demande de souscription, envoyer un bon de 15 francs au Dr Fr. Cartier, 18, rue Vignon, Paris, et le volume sera expédié par la poste.

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. —Typ. A. DAVY, 52, rue Madame,— Téléphone

L'ART MÉDICAL

FÉVRIER 1895

MATIÈRE MÉDICALE

HISTOIRE DE L'ACONIT (*suite et fin*).

CHAPITRE QUINZIÈME

THÉRAPEUTIQUE, PRÉPARATIONS ET POSOLOGIE.

En traitant de l'aconit comme médicament, je me garderai d'en énumérer toutes les applications thérapeutiques : je renvoie à nos manuels, me bornant à quelques généralités.

L'aconit doit être surtout considéré comme antiphlogistique et antinévralgique : ce sont ses deux grandes lignes. C'est vraiment providentiel qu'il ait été donné au poison le plus anciennement connu et l'un des plus actifs, de pouvoir combattre à la fois l'inflammation et la douleur, que ces deux éléments soient associés ou distincts. A ce point de vue, c'est le médicament *princeps*. Dire que l'aconit est thérapeutiquement antiphlogistique, c'est dire forcément, en vertu de la loi de similitude, qu'il est physiologiquement *phlogosigène*. La démonstration en a été donnée lumineuse, grâce aux expérimentateurs de Vienne, qui ont vu se produire sur eux-mêmes des fièvres inflammatoires, catharrales, synochales, pour répéter leurs expressions ; des fièvres avec douleurs rhumatiques, endocardites, pleurodynies ; des coryzas,

angines, laryngites, trachéites, bronchites avec douleurs intercostales, etc.

Il en est de même pour l'aconit antinévralgique. J'ai démontré, il y a quarante ans, qu'il était essentiellement névralgigène (1) et depuis, que de faits probants fournis par les allopathes, aurais-je à ajouter? Je laisse aux chercheurs à faire un nouveau dépouillement instructif.

La fièvre inflammatoire idiopathique, disait Teste, est un phénomène qui appartient en propre et exclusivement à l'aconit, — aussi est-il le remède, par excellence, de la fièvre inflammatoire idiopathique, comme l'éphémère et la synoque, ou symptomatique d'une maladie aiguë localisée, et comme la plupart des affections aiguës ne se diagnostiquent qu'au bout de vingt-quatre heures et plus, l'aconit est un remède d'attente qui s'impose et qui permet d'arriver utilement aux médicaments appropriés. Il peut même, dans certains cas exceptionnels, enrayer ces maladies naissantes, les juguler, pour ainsi dire, à leur début. Il est donc le prince des antiphlogistiques : c'est lui, surtout, qui a fait tomber la saignée ; malheureusement, la plupart des médecins, en quittant la lancette, ont oublié de la remplacer par l'aconit, privant ainsi leurs malades d'une ressource précieuse dans le traitement des maladies aiguës.

Si l'aconit peut être utile au début de toutes les phlegmasies, il s'en faut de beaucoup qu'il en soit le seul

---

(1) Mémoire sur les propriétés antinévralgiques de l'aconit (*Gazette médicale*, 1854.) — Mémoire sur l'action élective de l'aconit sur la tête et les nerfs de la face, dans ses rapports avec les propriétés antinévralgiques de ce médicament (*Gazette médicale*, 1855.)

remède, et le plus approprié. Ici, tout est spécialisation.

L'aconit 2ᵉ dilution, à la dose d'une à 4 globules dissous dans de l'eau et répétée toutes les deux ou trois heures, agit admirablement dans les accès de fièvre qui surviennent subitement chez les jeunes enfants, sans cause apparente et qui alarment tant l'entourage. Les enfants sanguins sont très sujets à ces fièvres éphémères (Bayes).

Je dois au Dʳ Gallavardin la note suivante sur une application très curieuse de l'aconit chez les animaux : — Voici une observation qui, depuis trente ans, a été faite des centaines de fois, dans un village de 2.500 âmes. Elle a contribué à la propagande de l'homœopathie dans tout le canton. Les vaches laitières ont de temps en temps des coups de sang (phlegmons) à la tétine, qui provoquent la fièvre, l'inappétence, l'interruption momentanée et parfois la suppression complète de la sécrétion lactée. Pour dissiper ce phlegmon mammaire, je donnais ou faisais donner 5 à 7 globules de la 1ʳᵉ ou de la 2ᵉ dilution centésimale d'aconit. Ces globules étaient dissous dans une grande verrée d'eau fraîche, et celle ci était administrée en trois fois à la vache malade. Généralement le phlegmon avait disparu le lendemain, et la sécrétion lactée revenait peu à peu. Dans quelques cas de non sécrétion, on donnait belladone 12 et camomille 12, alternativement à trois, quatre et cinq heures d'intervalle. Dans le village précité contenant 1.200 à 1.500 vaches laitières, les habitants ont eu fréquemment l'occasion de constater ces guérisons rapides et de se convaincre de l'efficacité des globules. Aussi emploient-ils souvent ce même médicament, en traitant, dès le début, leurs refroidissements si fréquents à la campagne.

Dans le lumbago aigu, dit Bayes, j'ai vu l'aconit, première décimale ou centésimale, à la dose de II à III gouttes apporter promptement soulagement et guérison.

Fleming a donné dix cas de lumbago traités par aconit : sur le nombre, il n'y avait que deux sujets du sexe féminin. Un lumbago datant de dix jours et un autre, de deux semaines, furent guéris en un jour ; deux lumbagos remontant à plusieurs mois, disparurent après une et trois semaines de traitement ; un cinquième qui durait depuis cinq semaines, céda en quatre jours. Tous avaient été traités par l'aconit à l'intérieur à la dose de plusieurs gouttes de teinture. Deux autres cas avaient plusieurs semaines de date : guérison en deux et sept jours. Un lumbago de deux semaines fut guéri en deux jours. Chez une femme qui souffrait depuis cinq semaines, guérison en quatre jours ; chez une autre prise depuis trois semaines, elle eut lieu en moins de sept jours. — Fleming a raison d'ajouter que la rapidité de toutes ces guérisons, dans une maladie comme le lumbago, prouve l'excellence du traitement aconitique. — A côté de l'aconit, dans le traitement du lumbago, il faut placer le tartre stibié : je le crois même supérieur, d'après ma propre expérience.

Erysipèle. — C'est Liston qui, s'appuyant sur une donnée homœopathique, a recommandé le premier l'aconit dans cette espèce morbide. On lit dans ses *Elements of surgery* : « L'administration de l'extrait dans cette maladie et autres affections inflammatoires, est souvent suivie d'un abaissement considérable de la fièvre qui rend inutile le recours à la saignée ». On raconte que, grâce à ce prononciamento homœopathique, le célèbre chirurgien anglais se mit à dos plus d'un confrère : il y a partout

des esprits étroits, même sur le double rivage de la Manche.

Fleming, qui cite son compatriote, dit avoir employé l'aconit avec succès dans l'érysipèle : il donne quelques beaux exemples de guérison. — Gabalda a vu le médicament agir très promptement; J.-P. Tessin en usait souvent au début de l'affection; le même, professeur à l'école de Caen, l'a aussi préconisée. — Suivant Teissier (de Lyon), l'aconit abrège et simplifie la marche de l'érysipèle simple; il a vu plusieurs fois des érysipèles survenus autour de plaies ou d'ulcères et accompagnés de fièvre ardente, frissons, nausées, délire fugace, etc., s'amender avec une promptitude remarquable, à la suite de l'administration de X à XX gouttes de teinture d'aconit par jour. Il se rappelle surtout avoir vu deux malades qui avaient des érysipèles traumatiques extrêmement douloureux et accompagnés de symptômes fébriles inquiétants, être soulagés d'une manière étonnante pour lui dans l'espace de vingt-quatre heures. Aussi appelle-t-il l'attention des chirurgiens sur l'effet de ce médicament dans l'érysipèle qui complique les plaies : sujet d'étude tout à fait neuf et digne d'intérêt. — Hayward a recommandé l'aconit au début de l'érysipèle phlegmoneux, tout en conseillant d'arriver promptement à l'emploi du bistouri. (*Brit Journal of Hom.*, 1863.)

Kafka est d'opinion qu'il n'existe aucun moyen de juguler l'érysipèle, mais qu'on peut modérer son intensité, combattre utilement ses symptômes généraux et locaux, et les mener à bonne fin. Il administre aconit[3] toutes les heures, lorsque la fièvre est violente, avec haute température, soif intense, pouls plein et fréquent, que le siège soit à la face ou ailleurs : il survient alors une transpira-

tion abondante avec diminution considérable de la fièvre ; l'érysipèle n'en continue pas moins son cours ; mais les symptômes généraux ont tellement faibli que la guérison est assurée.

Comme données physiologiques à mettre en regard du fait thérapeutique, la chaleur et la rougeur de la face sont maintes fois signalées dans les expériences physiologiques. Toutefois l'enflure de la face n'a été mentionnée qu'une fois, ainsi que celle du front. On n'a pas encore vu l'aconit produire l'érysipèle, mais il a produit maintes fois la sensation d'éruption, de tension, ou de dilatation des tissus.

La valeur de l'aconit dans l'érysipèle vient d'être confirmée dans la thèse de Bourbon (Paris, 24 juillet 1890), sur le traitement de cette maladie par l'aconitine cristallisée. L'auteur donne vingt-cinq observations dont une dizaine fort détaillées. Il en conclut que l'aconitine abrège la durée de l'érysipèle, combat la céphalalgie, atténue considérablement la douleur et supprime ou diminue la sensation de tension à la face, si pénible pour le malade. Comme l'aconit produit physiologiquement cette sensation si pénible, et se trouve la guérir positivement : nouvelle confirmation de la loi de similitude, rien que sur un seul symptôme subjectif.

« L'aconit, dit Jousset, convient surtout au début de l'érysipèle. J.-P. Tessier le préconisait beaucoup dans cette affection. Je ne suis plus cette pratique, depuis que l'expérience m'a démontré qu'un autre médicament, le *china*, était plus efficace. »

A ce sujet, je ferai remarquer que le *china* ne produit pas plus l'érysipèle que l'aconit, même que sa pathogénésie est moins favorable à l'emploi du remède que cette

du napel : pour les deux, il n'y a qu'une similitude éloignée. Paralèllement, *apis*, *arnica* et *belladona* sont essentiellement érysipélatigènes, et pour parler un langage familier à notre école, leurs symptômes *couvrent* parfaitement ceux de l'érysipèle : ce n'est pas seulement du *simili* ou du *similius*, mais bien du *simillimum ;* ils ont fait leurs preuves dans la cure de la maladie, d'où il faut en rabattre beaucoup de la *loi des couverturés* et ne l'accepter que sous le bénéfice de l'inventaire clinique. D'autre part, aucune de nos pathogénésies n'est parfaite ; nous ne connaissons aucun médicament à fond, tant en physiologie qu'en thérapie. Peut-être les pathogénésies de l'avenir seront-elles plus favorables à l'emploi de l'aconit et du china dans l'érysipèle, au point de vue de la couverture ; en attendant, la clinique nous démontre que ce sont de bons médicaments, dans l'espèce, et je soutiens que l'on peut guérir aussi bien, et souvent mieux, en similitude éloignée qu'en similitude plus ou moins prochaine.

L'aconit exerce une action élective manifeste sur les voies aériennes supérieures, narines, gorge, larynx et trachée, en y produisant facilement le rhume de cerveau, le rhume de la gorge, le rhume de la grande bronche, tantôt isolés, tantôt réunis. Il est positivement corysigène-*catarrhi*, *coryzæ symptomata*, disait Hahnemann, dans ses *Fragmenta*. Quarante ans avant lui, Greding, en vérifiant Stork, avait constaté le rhume de cerveau aconitique. Plusieurs expérimentateurs de Vienne ont signalé l'éternuement, l'écoulement du fluide nasal, le coryza violent. Cliniquement, l'aconit est un des bons remèdes du rhume de cerveau si souvent dû au refroidissement ; il agit

surtout dans les premières heures, jugule l'affection ou la tempère, en préparant la place à d'autres remèdes appropriés. Pour Richard Hughes, c'est un des premiers remèdes à mettre en ligne. — Il faut, dit Kafka, administrer aconit à la 3e dilution, VI à X gouttes dans un demi-verre d'eau, une ou deux cuillerées à café, toutes les heures, au commencement de la maladie, lorsqu'il existe une fièvre inflammatoire plus ou moins forte, comme cela arrive chez les enfants, les personnes délicates, les sujets impressionnables, après un refroidissement subit.

Il y a une maladie congestive et inflammatoire, mais très incommode et qu'il ne faut pas négliger, c'est le rhume de cerveau. Les mauvaises langues ont prétendu que le seul progrès que les médecins aient su faire, dans le traitement de cette maladie, a été de l'appeler coryza. L'emploi de l'aconit est un progrès de plus. Lorsque vous sentirez les malaises bien connus qui caractérisent la venue du fameux coryza, prenez l'aconit coup sur coup, tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, et le mal sera promptement enrayé. En général, tout est dissipé en moins de vingt-quatre heures (V. Léon Simon *Etude sur l'aconit*, 1893.)

Pour *James*, médecin anglais spécialiste (1), l'aconit est le remède interne le plus puissant dans presque toutes les inflammations et irritations du larynx et de la gorge. Il s'en sert à très petite dose, une demi à III gouttes de teinture, les répète avec précaution, sans les augmenter, parce que c'est un poison cumulatif et qu'il peut facilement déterminer la mort subite.

---

(1) Prosser James. *Sore throat*, London, 1861.

Cette opinion du médecin anglais concorde avec les affirmations homœopathiques. Lorsque le rhume tombe sur la gorge, le larynx ou la trachée, on peut aussi en obtenir la jugulation avec l'aconit répété. Pour moi, je ne connais pas de meilleur remède dans l'espèce. Chaque hiver, j'en éprouve le bienfait. J'ai constaté qu'il empêche la toux de devenir quinteuse, et qu'il fait disparaître la sensation de grattement guttural, et qu'il diminue les sécrétions. J'estime qu'il jugule, domine ou console le mal d'une manière remarquable : que les enrhumés se le disent.

L'action de l'aconit sur les yeux est un des plus beaux faits d'électivité à mettre en relief ; elle se traduit par du larmoiement, de la diplopie, de la cécité. J'en ai longuement traité au chapitre de Nicandre, mais il existe encore d'autres symptômes, tels que la tension, pression et douleur dans les globes, la fixité ou la saillie des yeux hors des orbites : le resserrement des pupilles a été constaté, ainsi que leur dilatation, la mydriase plus fréquemment. On a vu le resserrement alterner plusieurs fois avec la dilatation sur le même sujet (Duigeneau, Haakma), il faut insister surtout sur la propriété que possède l'aconit d'enflammer les yeux. Si Nicandre a dit que l'aconit causait du larmoiement, c'est que les anciens ont dû voir souvent l'ophthalmie aconitique dont le larmoiement était pour eux l'expression la plus saillante. On trouve des conjonctivites dans les observations d'empoisonnement de Fenn, Read et Seager. L'empoisonné de Richard eut l'opthalmie *lippitudinosa*, si douloureuse qu'il demandait la mort.

Fleming cite dans ses expériments deux faits de con-

jonctivite (p. 142, 145). Plusieurs expérimentateurs de Vienne éprouvèrent un sentiment de démangeaison et de brûlure aux yeux avec photophobie. Schneller eut une forte injection de la conjonctive. Soist a déterminé l'ophthalmie en mettant de l'aconitine sur l'œil d'un lapin. On lit aussi une observation de conjonctivite intense publiée par Bagshawe (*Practionner*, XI. 21), à la suite d'une application de teinture d'aconit sur la face. Dans la thèse de Bourdon sur le traitement de l'érysipèle par l'aconitine cristallisée, on voit survenir, après un érysipèle guéri, une conjonctivite catarrhale assez intense, avec chémosis. Suivant l'auteur, cette affection pouvait être attribuée à l'abus que faisait la malade du tabac à priser. Pour moi, j'y vois un effet d'aconit ; Hahnemann a dit : *ophtalmia valde dolorifica, chemosis.*

Donc l'aconit est primitivement *ophthalmigène*. De par ce fait physiologique, il est devenu un des premiers remèdes dans les inflammations des yeux, même traumatiques. Recommandé aussi dans l'ophthalmie des nouveau-nés, dans l'ophthalmie goutteuse ou rhumatismale, l'ophthalmie purulente des enfants (Leadam), l'ophthalmie gonorrhéique (Angell), dans la sclérotite (Richard Hugues). Lui qui aveugle si facilement dans les empoisonnements, a guéri aussi des amauroses (1). Dekeersmaecker ne connaît pas de meilleur remède pour modifier rapidement et radicalement les accidents de glaucome, lorsque les douleurs se présentent sous la forme de tic douloureux avec analgésie ou hyperesthésie de la face.

(1) Deux belles observations de guérison sont citées dans l'*Art médical*, septembre 1876.

Chorée. — On lit dans le Traité de matière médicale de Jousset que Stoll indique l'aconit dans la chorée. C'est une erreur : il n'a parlé que de belladone. Fleming a conclu de la valeur du remède dans l'hystérie à sa valeur probable dans la chorée, mais nul n'a encore fourni d'observation à ce sujet. Je crois être le premier à citer un cas de succès. Une jeune fille de 11 ans était atteinte de danse de Saint-Guy, elle avait fait inutilement une foule de remèdes : bains tièdes, asa fœtida, fer, etc., lorsqu'on lui donna pendant quelques jours de l'aconit en alcoolature. Un changement total eut bientôt lieu ; guérie dans l'espace d'une semaine. Je tiens le fait du médecin traitant.

La théorie parle en faveur de la pratique. Déjà, dans son *Essai sur un nouveau principe*, Hahnemann avait dit : « L'aconit donne lieu, d'une manière presque aussi spécifique, à des convulsions tant générales que partielles des muscles de la face, des muscles des lèvres et du col et des yeux, d'un côté seulement. » — L'aconit, dit Hartmann, s'adresse très bien aux symptômes nerveux..... Une grande sensibilité générale qui fait que le moindre mouvement ou l'attouchement le plus léger cause à l'enfant une vive douleur, une grande surexcitation nerveuse plus marquée pendant la nuit, surexcitation qui amène des secousses dans les membres et arrache un cri violent ; la raideur et l'immobilité du corps, le serrement des mâchoires, la distorsion des yeux, les alternatives de rougeur et de pâleur au visage, *les convulsions*, constituent autant de signes caractéristiques de cette substance. On comprend maintenant pourquoi Schneider, en donnant six formes principales de l'aconitisme, y fait figurer la

convulsion, *der Krampf*, et sous ce nom génésiqne, il groupe diverses espèces morbides : la catalepsie, l'opisthotonos, le trismus, la crampe et la chorée. C'est en s'inspirant de ces données que Teste a pu guérir une névrose consistant dans un spasme du muscle grand pectoral, que l'on traitait depuis deux ans pour un anévrysme au cœur : observation remarquable qu'on lit à la page 490 de sa *Systématisation de la matière méd. homœopathique*.

Que penser de la valeur de l'aconit dans l'hystérie ? Schreck et Scuderi ont cité des convulsions hystériques guéries par le médicament chez des jeunes filles de 16 et 18 ans (*Hygea* V et VI). Avant eux, Collin avait guéri en deux mois une jeune fille hémiplégique, atteinte depuis plusieurs années de convulsions journalières. Jousset prétend avec raison que l'aconit est un moyen puissant contre l'hystérie, d'autant que la pathogénésie est favorable ; il a guéri plusieurs fois des hystéries rebelles à d'autres médicaments.

L'aconit a été également employé avec succès dans le tétanos. La raison est qu'il est positivement tétanogène. Déjà, au chapitre IX, il a été dit qu'Aëtius avait le premier signalé le trismus comme effet du poison et que le symptôme était confirmé par quelques observations modernes. De nos jours, on a également constaté le tétanos généralisé dans les empoisonnements (Valsavor, Ogier· Ward, Lombe Atthill, Sherwin). On a cité quelques observations de trismus guéri par aconit ; le médicament a été aussi employé utilement dans quelques empoisonnements par la strychnine comme antidote (1).

(1) Cfr. Schmids Jahrbücher. Bd. 112, 118, 131, 135. 142, 182

Pour clore la question thérapeutique, rappelons que l'aconit est un des grands remèdes de l'influenza, du choléra et de l'éphidrose. Pour cette dernière maladie, je renvoie au mémoire que j'ai publié en 1855 dans la *Gazette médicale*.

La meilleure préparation d'aconit est l'alcoolature, d'après le procédé hahnemannien.

On a lancé sur le turf commercial l'aconitine, soit amorphe soit cristallisée. Ces préparations, de diverses provenances, sont dangereuses à raison de leur dosage excessif comme granules; elles ont causé de nombreux accidents, même mortels. On en trouve la preuve dans la liste des empoisonnements, qui figure au premier chapitre de ce mémoire, où j'ai cité comme observations Busscher (1880), Haakma Tresling (*id.*), Dally (*id.*), Desnos (*id.*); Plugge (1881), Hamilton (*id.*) ; Corkand Cecil (1882), (Stevenson (1883) ; Laborde (*id.*); Gasser (1886); L'Hôte et Vibert (1889) ; Veil (1893). Cette énumération est certainement incomplète; il est probable que le chiffre des empoisonnements connus est bien inférieur au chiffre des empoisonnements sur lesquels on a fait un silence prudent.

La mort épouvantable du Dr Meyer vient confirmer tous ces dires (1). Ce médecin était grand partisan de l'aconitine et l'administrait fréquemment. Le 14 mars 1881, il en avait prescrit à un ouvrier atteint de migraines. Le malade en prit V et XX gouttes dans la soirée, et quatre fois XX gouttes le lendemain ; à chaque dose de XX gouttes, il y a eut des symptômes graves d'empoisonnement, heu-

(1) *Schmidt's Jahrbücher*, Bd. 189, p. 122.

reusement amoindris par les vomissements ; chaque dose était presque de 3 milligrammes d'aconitine (2,2/3). Le 16, à 4 heures du soir, la femme de l'ouvrier vint rendre compte de l'état de son mari. Le Dr Meyer lui dit de continuer, et pour lui prouver que son mari n'avait rien à craindre du remède, il avala devant elle, dans un verre de vin, L à LX gouttes d'une préparation d'aconitine. Au bout d'une heure et demie, survinrent des signes d'empoisonnement de la plus grande violence : il mourut à 9 heures. Pendant ce temps, vers les 6 heures, l'ouvrier reprit du remède X gouttes seulement ; les mêmes accidents se répétèrent, et il en fut de nouveau délivré par les vomissements.

Il y a cent vingt ans, le même fait s'était produit en Allemagne. Un chirurgien avait ordonné à une femme un vin médicamenteux, où l'on avait mis par erreur deux onces de racine d'aconit au lieu de racine d'hellébore ; la malade mourut en trois heures et demie. Le chirurgien responsable voulut pour sa défense prendre du même vin, il expirait cinq ou six heures après comme le malheureux Meyer (1).

Les médecins de Meyer ont pensé, l'un, qu'il avait avalé de l'aconitine Duquesnel, ou de la pseudo-aconitine, aconitine anglaise, préparée avec *l'Aconitum ferox* ; l'autre, que c'était de l'aconitine de Petit, dite vingt fois plus forte que l'aconitine allemande. Quelle que soit l'aconitine employée, Meyer n'en est pas moins mort victime de son ignorance et de sa forfanterie, et les différences d'activité des aconitines françaises, anglaises ou allemandes, sont une raison de plus pour les proscrire de l'usage médical, à moins d'en abaisser considérablement les doses. Un

---

(1) Sigel. *Nov. acta phys. med.*, t. VI, p. 129.

malade qui se servait de pilules d'aconitine probablement allemande, voulut en prendre un jour à la pharmacie Hottot et fut empoisonné (Desnos).

En présence des nombreux empoisonnements dus à l'aconitine cristallisée, la Société de pharmacie de Paris émettait récemment le vœu que les granules fussent dosés à un dixième de milligramme : c'était une leçon de choses faite au corps médical, qui en avait besoin. Aussitôt les marchands spécialistes d'abaisser le milligramme au quart et au dixième. J'engage les médecins à ne jamais user de pareilles doses toujours toxiques, surtout s'ils suivent les dires des prospectus conseillant de débuter au dixième, sous la condition presque toujours nécessaire *d'élever progressivement* les doses, après avoir observé la sensibilité du malade au médicament. Dans de telles conditions, l'aconitine amorphe ou cristallisée doit être proscrite, à moins de centésimaliser et de milliémiser le milligramme, en arrivant franchement aux doses infinitésimales, avec lesquelles la guérison est aussi sûre, et les accidents graves impossibles.

Et maintenant, généralisons. Depuis Hippocrate jusqu'à Hahnemann, nous avons été complètement dans le faux sur la posologie médicamenteuse, relativement au *pharmacon*, ou substances toxiques. L'antiquité avait évité en partie les empoisonnements médicaux : elle usait peu de ces substances, qu'elle avait classées parmi les *Deleteria* ; mais depuis la Renaissance, et surtout de nos jours, combien d'accidents ont été causés par la main des médecins dans l'administration des substances actives, grâce à l'enseignement posologique du codex, où le *pharmacon* est toujours prescrit à de trop fortes doses. L'histoire des empoisonnements médicaux est faite, en partie, dans nos

traités de toxicologie ; elle est toute faite et se fait tous les jours dans la presse française et étrangère ; il n'y a qu'à feuilleter nos journaux de médecine pour faire la somme considérable des accidents causés par les médicaments : c'est toute une pathologie, tout un nécrologe ; et c'est la condamnation flagrante de cette prétendue science officielle, trop souvent ennemie du progrès, surtout de la liberté scientifique, proscrivant bêtement les doses atténuées ou infinitésimales, et s'obstinant dans une posologie désastreuse, au détriment de l'humanité : *Primo, non nocere.*

D^r IMBERT-GOURBEYRE.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

2^e LEÇON (1)

SOMMAIRE. — Diabète avec plaques gangréneuses. — Pastilles de pancréas. — Fièvre typhoïde. — Théorie microbienne. — Médicaments antiseptiques. — Sulfate de quinine. — Acide salicylique. — Antipyrine. — Réfrigération. — Méthode de Brandt. — Statistiques. — Objections. — Traitement pénible, difficile et dangereux. — Traitement homœopathique. — Muriatis acidum. — Phosphori acidum. — Les solanées. — Arsenicum. — Carbo vegetabilis. — Traitement de l'hémorrhagie. — Ipéca. — Ergotinine.

Dans notre dernière leçon, nous avons parlé des fonctions du pancréas, et de son rôle dans la production du

---

(1) Ces leçons ont été rédigées par les internes du service.

sucre. Cette connaissance de la fonction pancréatique a conduit à une thérapeutique nouvelle : traiter par les pancréas sains, pris chez les animaux, les diabétiques d'origine pancréatique. L'an dernier, nous avons eu, par cette méthode, un cas très probant de guérison.

En ce moment, nous avons dans nos salles une vieille diabétique avec plaques gangréneuses de la peau. Ces ulcères se sont cicatrisés avec *clematis vitalba* ou l'herbe aux gueux.

Comme traitement du diabète, on a d'abord administré trois pastilles de pancréas par jour. La première semaine, le sucre diminue de 3 grammes par litre. L'azotate d'urane, ordonné, la deuxième semaine, laisse remonter le sucre de 23 à 44 grammes par litre.

L'action du pancréas, paraissant plus favorable, on a repris les pastilles, et en huit jours, le sucre a diminué de 14 grammes par litre. L'état général est bon.

Passons maintenant à une maladie très importante et par sa fréquence et par sa gravité : la *fièvre typhoïde.*

Sur son terrain se greffe, une discussion thérapeutique intéressante. L'Ecole moderne prétend démontrer la supériorité de la thérapeutique pathogénique. C'est pour elle la thérapeutique de l'avenir, mais c'est aussi celle du passé, car le galénisme enseignait la thérapeutique étiologique. Or, si le passé peut nous permettre de prévoir l'avenir, nous devons mal augurer de la thérapeutique pathogénique.

Examinons-là et faisons-en une exposition critique. Comme cause de la maladie, Eberth a découvert un bacille qu'il rend responsable des effets produits. Inoculé aux animaux, ce bacille les tue en trois ou quatre jours, après

avoir abaissé leur température. Peter a protesté vivement contre cette théorie et il a cité des cas de fièvre typhoïde spontanée. Les partisans du microbe ont invoqué alors ce qu'ils nomment le *microbisme latent :* à la suite d'une fatigue, d'excès de tout genre, le bacille inoffensif dans l'économie acquiert toute sa virulence et cultive. Voilà la cause : la thérapeutique consiste à annuler la bactérie.

Deux traitements :

A. Traitement par les médicaments antiseptiques : Elle donne le sulfate de quinine, l'acide salicylique, l'acide phénique, l'antipyrine, la digitale, etc., substances à la fois antiseptiques et antithermiques.

Le sulfate de quinine doit être administré à haute dose. D'abord il abaisse la tempétature de 1 à 2 dégrés — puis après trois ou quatre jours, il reste inerte.

L'acide salicylique a une action plus durable et plus puissante, mais il ne modifie pas la marche de la maladie et n'empêche pas les accidents.

L'acide phénique est dangereux. Il peut occasionner un collapsus mortel et a été abandonné.

L'antipyrine s'use vite.

Nous ne parlons que pour mémoire de la digitale, du seigle ergoté, depuis longtemps rejetés.

B. *Réfrigération.* — Brandt a préconisé un nouveau mode de traitement : la réfrigération, ce mode de traitement n'est pas à lancer par-dessus bord, sans examen.

Quand la fièvre atteint 39° et au-dessus, on plonge le malade dans un bain de 15 à 18°, on l'y laisse de dix à douze minutes. Il se fait une sédation, une descente thermométrique qui dure de deux à trois heures. On donne ainsi 8 bains froids par jour. Des malades sont arrivés a en prendre jusqu'à 200, pendant la durée de la fièvre.

Cette théorie est scientifique. Elle part de ce principe vrai que les organismes, suivant leur degré de chaleur, permettent ou s'opposent au développement de certains bacilles, témoins la poule de Pasteur. Voici les résultats et les chiffres officiels du traitement de la fièvre typhoïde. L'ancienne thérapeutique donnait, d'après Jaccoud, une mortalité de 19 0/0. Voici les chiffres du traitement pour les bains froids : 1,6 0/0 (Brandt à Stettin); 8,5 0/0 et 9,4 0/0 (à Lyon, méthode de Brandt) ; 9,4 0/0 (hopitaux militaires, Brandt) ; 11,4 0/0 (ambulances, Brandt). En passant, remarquons qu'on range souvent dans les statistiques de fièvre typhoïde, des embarras gastriques et des fièvres synoques qui guérissent sans intervention thérapeutique.

En moyenne, Brandt arrive à avoir 8 à 10 morts sur 100. C'est d'ailleurs le chiffre de Bouchard qui refroidit l'eau graduellement, et institue l'antiseptie intestinale.

Evidemment ce système est à étudier. Lui du moins n'est pas antiscientifique. Mais dans certains cas, il est dangereux. Il tue quelquefois. On a vu parfois des collapsus mortels. Le malade succombe dans le bain — et ce n'est rien moins qu'agréable pour son médecin.

De plus, il est douloureux et pénible : il rencontre souvent une répugnance invincible. En dehors des grands hôpitaux bien organisés, il est très difficile et nullement pratique.

Dans l'école homœopathique, nous avons des résultats meilleurs ; notre statistique à l'hôpital Saint-Jacques, depuis vingt-quatre ans, donne 6,5 0/0 de morts.

Voici notre traitement dans ses grandes lignes :

Acide muriatique, acide phosphorique, arsenic, charbon végétal, jusquiame, stramonium et belladone.

L'*acide muriatique* est le plus employé ; nous trouvons dans sa pathogénésie : mouvement fébrile, somnolence, prostration, décubitus, tympanite, diarrhée liquide et vert foncé, selles involontaires, sécheresse de la langue, surdité, incontinence d'urine, signe de broncho-pneumonie.

L'*acide phosphorique* a des symptômes analogues : faiblesse générale, mouvement fébrile, facies pâle, rougeur d'une joue, diarrhée, mais diarrhée très claire, comme du café au lait. Il convient mieux quand la faiblesse est considérable.

Les solanées sont indiquées dans le délire.

Nous donnons :

La *belladone* dans le délire agité, gai, lorsque les yeux sont brillants, la face rouge et congestionnée.

Le *stramonium*, dans un délire plus bruyant, quand le malade est méchant.

La *jusquiame*, si le malade est pâle et a une tendance à se lever la nuit.

Dans les cas très graves, à la période d'état, l'*arsenic* rend d'immenses services, quand la prostration est considérable, le faciès immobile, pâle, amaigri, hippocratique, la langue rôtie et desséchée, la température très élevée, tableau que représentent exactement les empoisonnements par l'arsenic.

Le *carbo-vegetabilis* est le médicament de l'agonie. Il est indiqué dans tous les collapsus, asphyxie, manque de pouls, respiration embarrassée, perte de l'intelligence.

Même dans ces cas extrêmes, il ne faut jamais désespérer complètement. Nous avons vu revenir à la vie des malades plongés dans le coma depuis deux ou trois jours.

Il est un accident de la fièvre typhoïde que nous ne pouvons passer sous silence : les hémorrhagies intestinales. Nous avons dans le service une femme de 38 ans, au dix-huitième jour de sa maladie. Elle a une très grosse fièvre, de la diarrhée abondante et involontaire.

Par l'acide muriatique et l'acide phosphorique, la diarrhée a diminuée; le délire s'est amendé sous l'influence de la belladone mais elle a eu trois *hémorrhagies* assez abondantes en vingt-quatre heures. Des environs de 40°, la température est descendue à 37°, ce qu'il faut attribuer au collapsus de l'hémorrhagie.

Dans cette complication, l'ipéca, à la dose de 1 à 2 grammes, de la première trituration décimale, par jour, est le meilleur traitement à instituer.

Mais, comme en thérapeutique il ne faut rien négliger, nous avons fait en même temps trois piqûres sous-cutanées d'*ergotinine* de Tanret, de 1 milligramme chacune, dont deux à titre préventif.

Ce n'est pas homœopathique, direz-vous. Pardon. Le seigle ergoté et son alcaloïde ne blessent en rien la loi de similitude, au contraire. Et quand même ce ne serait pas purement homœopathique. On veut nous parquer dans les globules; nous n'acceptons pas cette situation. Nous sommes des médecins, et comme tels, rien de la thérapeutique ne nous laisse indifférents.

Nous avons pour nous une doctrine scientifique, des indications positives. Mais si les injections hypodermiques nous semblent meilleures, nous les faisons sans hésiter; au contraire, dans le diabète nous administrons l'extrait de pancréas par la voie stomacale, de peur de provoquer des abcès dans les tissus si sensibles des diabétiques.

Donc pas de ces objections injustes! Nous ne rejetons

pas les expériences; nous les contrôlons, et les acceptons si elles sont probantes, et nous adoptons cette maxime : « Faites tout ce que vous dites ; dites tout ce que vous faites. »

Notre préoccupation sera toujours de faire du bien à nos malades, et de les soulager dans la mesure du possible.

3ᵉ Leçon.

Sommaire. — Diabète. — Fièvre typhoïde. — Vomissements nerveux : indication bizarre. — Des médicaments empruntés à l'homœopathie et en particulier de la *glonoïne*, de l'*hamamelis* et du *drosera*.

La femme atteinte de diabète, et qui est traitée par les *pastilles de pancréas* a subi une nouvelle diminution dans la quantité du sucre qui est contenu dans les urines, elle n'a plus que 24 grammes par litre; mais comme elle urine près de 4 litres par jour, la diminution absolue du sucre est donc encore peu prononcée, nous continuerons le traitement par la substance du pancréas.

Quant à la fièvre typhoïde, dont je vous ai entretenu dans notre dernière conférence, je suis heureux de dire qu'elle va beaucoup mieux. L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite; par contre, au commencement de la quatrième semaine le mouvement fébrile a pris un caractère inquiétant. Le soir la température a atteint 41°,1 et le lendemain matin elle tombait à 38° ; un semblable mouvement fébrile mais moins intense s'était manifesté la veille; aussi, redoutant des *accès pernicieux*, nous n'avons pas hésité à prescrire 1 gramme de *bromhydrate de quinine*, et nous

avons choisi la voie sous-cutanée dans la crainte de fatiguer l'intestin déjà si malade. Le lendemain la chaleur n'est monté qu'à 39°, et la même dose de bromhydrate de quinine ayant été administrée, la température a oscillé aux environ de 38°. J'espère que cette malade guérira ; du reste, je vous tiendrai au courant.

Vomissements nerveux. La malade atteinte de cette maladie est couchée au n° 2 et est âgée de 34 ans, mariée et sans enfants. Il y a quatre ans, elle eut une première attaque qui dura trois mois, et qui fut soignée dans un autre hôpital.

Au mois d'août dernier, cette malade eut une seconde attaque avait une répugnance telle pour la nourriture qu'on fut obligée de la nourrir avec la sonde œsophagienne, cette attaque dura deux mois.

Elle est entrée à l'hôpital Saint-Jacques, au mois de décembre pour une troisième attaque. Cette femme est manifestement hystérique. Elle a des points analgésiques très marqués. Elle vomit tout ce qu'elle prend et quand l'estomac est vide d'aliments, elle vomit du suc gastrique et de la bile. Elle éprouve une douleur atroce au creux épigastrique.

Ignatia (12) ne produisit aucun effet ; mais la malade ayant affirmé qu'elle était très soulagé, quand elle se ployait fortement en avant, belladone (6), indiqué par ce symptôme, produisit une amélioration rapide et la cessation des vomissements.

Quelques jours après nux vomica ayant été prescrit pour favoriser les digestions encore difficiles, les vomissements et les douleurs reparurent. Belladone prescrit de nouveau et maintenu quelques jours amena une gué-

rison qui fut assez complète pour que la malade sortit de l'hôpital après un séjour de deux semaines.

Cette observation répond à une objection qui tend à tourner en ridicule la matière médicale hahnemamienne à cause de l'importance qu'elle attache à certains symptômes bizarres sans importance pathologique. Un journal de médecine reproduisait ces jours ci les objections dont nous parlons. Il se moquait avec esprit, au moins il en paraissait persuadé, des indications thérapeutiques tirés de l'attitude des malades pendant leur sommeil. Vous voyez que l'attitude de se pencher en avant a été chez notre malade la source d'une indication qui lui a été très profitable.

Notre malade atteinte de fièvre typhoïde a justifié l'emploi du phosphori acidum non seulement par sa diarrhée pâle et involontaire, mais aussi par la rougeur d'une joue et la paleur de l'autre, ainsi que nous vous le disions dans notre dernière conférence.

Je veux vous parler aujourd'hui des médicaments empruntés à notre école par nos adversaires. La liste en serait longue. Pour aujourd'hui, nous nous bornerons à la glonoïne ou trinitrine, à l'hamamelis et au drosera.

Glonoïne ou trinitrine. C'est Hering qui le premier a étudié ce médicament et il lui a donné le non de glonoïne mot formé par les lettres qui expriment la formule chimique de ce corps.

Meyer a popularisé en Allemagne les connaissances américaines de la glonoïne. Son travail a été traduit dans l'*Art Médical* par notre regretté Champeaux; et Huchard a reconnu de bonne grâce que les symptômes physiologiques

de la trinitrine avaient été fort bien étudiés par les homœopathes.

En dehors de la céphalalgie presque subite produite par la glonoïne, ce médicament détermine sur l'homme sain des symptômes qui rappellent l'angine de poitrine : douleur constrictive du thorax, s'étendant dans les bras et dans la tête; chaleur de la face, battement accéléré des artères et du cœur.

On voit que ces symptômes ont beaucoup d'analogie avec ceux produits par le nitrite d'amyle, médicament qui est aussi employé dans le traitement des accès d'angine de poitrine. La différence qu'il y a entre le nitrite d'amyle et la glonoïne c'est que le premier de ces médicaments a une action plus prompte et l'autre une action plus longue.

Hamamelis. — C'est un médicament hémorrhagique par excellence : hémorrhagies du nez, des bronches, des hémorrhoïdes, de l'utérus. De plus, Hamamelis produit des douleurs dans les veines, spécialement dans les varices; il en produit aussi dans l'épidydyme. Aussi c'est en vertu de la loi de similitude que nous prescrivons l'hamamelis et l'expérience clinique nous permet de dire que ce médicament est particulièrement efficace dans les hémorrhagies hémorrhoïdaires et dans les épidydymites extrêmement douloureuses. Il est cependant encore efficace dans les hémorrhagies des autres organes.

Vous voyez, Messieurs, c'est encore la loi de similitude qui nous sert de guide pour l'emploi d'Hamamelis et que, quand l'école allopathique veut expliquer les vertus thérapeutiques des propriétés thérapeutiques qu'elle est loin de nier, elle approche du ridicule en expliquant l'ac-

tion d'Hamamelis par les vertus *astringentes* et *sédatives* de cette plante.

Drosera. — Nous arrivons au Drosera, plante de la famille des droseracées et qui pousse dans les marais. On l'appelle encore rorelle, rossolis. Ce dernier nom lui a été donné à cause des gouttes dont la surface de ses feuilles est parsemée et qui sont le produit d'une sécrétion. Les feuilles présentent des poils sur lesquels les insectes viennent se poser et y sont retenus et absorbés. Aussi a-t-on dit que cette plante était carnivore. Darwin a été jusqu'à prétendre qu'elle avait du suc gastrique puisqu'elle digérait et cependant on n'y trouve ni acide chlorhydrique, ni acide lactique.

Toutefois c'est une plante précieuse à qui on attribuait jadis la guérison de l'ulcère du poumon.

Cette plante déjà très bien étudiée par Hahnemann a été soumise par le Dr Curie à des expériences de laboratoire. Le Dr Curie produisit des tubercules chez les chats par l'usage prolongé du drosera.

D'un autre côté il affirma avoir guéri des phtisiques avec le drosera à hautes doses.

La première assertion a été niée au nom de l'école microbienne qui ne peut pas admettre qu'un médicament produise un microbe ou que la phtisie ne soit pas toujours causée par le microbe de Koch. On a aussi contesté ses guérisons et par conséquent la démonstration qu'il avait pu donner de la loi de similitude.

Dans l'école homœopathique, le drosera a été surtout employé contre la toux quinteuse qui caractérise la troisième période du rhume ordinaire, dans le traitement de la phtisie et surtout dans celui de la coqueluche.

La caractéristique de ce médicament est la toux qu'il

produit chez l'homme sain. Cette toux est quinteuse, spasmodique, produite par un picotement ou chatouillement dans la gorge suivi souvent de vomissements alimentaires ou au moins d'efforts de vomissement. Le saignement de nez est assez souvent produit par les efforts de la toux qui congestionnent la face et la tête.

Avant et depuis Curie, les médecins homœopathes ont prescrit le drosera dans la phtisie, quand cette maladie s'accompagne de la toux spéciale au drosera. Le Dr Crétin qui employait communément cette médication prescrivait de fortes doses de teinture mère. Il a obtenu de fréquentes améliorations et un certain nombre de guérisons.

Je me suis rallié à cette pratique et je puis confirmer les succès obtenus par mon ami le Dr Crétin.

Je prescris habituellement de XV à XX gouttes de teinture mère, à prendre en quatre fois.

Mais c'est surtout dans la coqueluche que le drosera est efficace, à condition qu'il soit indiqué par les caractères de la toux et qu'on le prescrive à doses infinitésimales.

Les succès des médecins homœopathes dans le traitement de la coqueluche sont universellement reconnus et il n'est pas un de nos confrères qui ne soient appelés plusieurs fois chaque année pour soigner des enfants atteints de la coqueluche dans une clientèle qui lui est tout à fait étrangère et qui n'a recours à lui que pour cette seule maladie.

Nos adversaires ayant appris que le drosera était notre principal médicament ont cru qu'il n'y avait qu'à prescrire le drosera pour guérir la coqueluche et ils n'ont guère eu que des déceptions, parce qu'ils n'ont pas suivi les indications que nous avons données pour l'emploi de

ce médicament et qu'ils ont employé des doses trop fortes, doses qu'ils ont sans cesse augmentées pour atteindre un effet curatif qui leur échappait toujours. Quelques-uns ont donné jusqu'à 200 gouttes de drosera et n'ont obtenu que l'aggravation de la toux.

Dans le traitement de la coqueluche, à côté du drosera, nous avons le cina, le cuprum, la cochenille, et surtout la belladone. Chacun de ces médicaments doit être prescrit suivant ses indications particulières, et les doses être infinitésimales.

Que nos confrères usent de nos médicaments le plus possible, mais qu'ils les emploient suivant la loi de similitude et à la dose que la clinique nous a enseigné être la meilleure. Faute de ces deux conditions, ils ne feront aucun bien à leurs malades et ils discréditeront d'excellents médicaments.

D[r] P. Jousset.

REVUE CRITIQUE

PÉRITYPHLITES ET APPENDICITES

La Société médicale des hôpitaux de Paris s'est livrée dans plusieurs séances consécutives à une discussion sur ce sujet, discussion qui nous permettra d'arriver à fixer l'état de la question. Nous passerons d'abord en revue les diverses opinions qui se sont fait jour et nous terminerons comme conclusion en ébauchant une description nosographique.

I

M. MILLARD (1) a fait une longue communication, qui a été le point de départ de cette discussion : il commence par s'étonner du silence gardé par les médecins au sujet du traitement médical des pérityphlites ; les chirurgiens, qui croient l'intervention opératoire le plus fréquemment indiquée, n'ont pas cette retenue et ont souvent traité la question. Il croit que le traitement médical a des succès très fréquents ; que dans un grand nombre de cas il suffit amplement pour la guérison et que les chirurgiens ignorent le plus souvent ces cas favorables et relativement bénins parce que les médecins n'ont pas à les appeler. Il veut réagir contre l'opinion des chirurgiens exprimée au récent Congrès de Lyon par MM. Monod et Ricard : « L'intervention chirurgicale est pour ainsi

(1) Contribution à l'étude clinique de la pérityphlite. 11 cas de guérison par le traitement médical (séance du 23 novembre 1894).

dire presque toujours indiquée et elle doit être aussi précoce que possible. »

A l'appui de son opinion, M. Millard lit 11 observations dont 7 proviennent de son service à l'hôpital Beaujon, 2 ont été vues par lui en consultation et les 2 dernières lui ont été fournies par le Dr Para, de la Ferté-Alais.

Au point de vue *étiologique*, le sexe masculin lui a paru plus souvent atteint (8 fois sur 11), les malades étaient presque tous adultes ; la maladie se rencontre, cependant chez les enfants ; elle est rare pendant la vieillesse.

Comme *symptômes*, on peut observer deux modes de début : tantôt il est lent et insidieux, précédé de prodromes, qui consistent en douleurs vagues, anorexie et constipation, tantôt il est brusque, caractérisée par des coliques, des vomissements et de la fièvre. Les coliques sont assez violentes et peuvent simuler les douleurs observées dans la colique hépatique et la colique néphrétique, elles partent ordinairement de la fosse iliaque droite et peuvent s'irradier à tout le ventre ; elles s'accompagnent de vomissements bilieux ; il existe en outre des douleurs abdominales spontanées ou à la pression, douleurs continues, avec ou sans ballonnement du ventre ; elles peuvent être assez violentes pour amener la tension des parois du ventre par contraction des muscles. M. Millard n'a rencontré que chez un seul de ses malades le point douloureux de Max Burney, situé au milieu d'une ligne qui serait menée de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic. La tumeur péricæcale a été variable de siège, de forme et de volume chez les malades du Dr Millard ; elle peut être large et étalée, au point d'avoir occupé dans un cas toute la région sous-ombili-

cale; quelquefois, elle avait la forme d'un boudin assez volumineux, suivant la direction du cæcum; le plus souvent, elle était ovoïde, plus ou moins aplatie, fixe ou très peu mobile, et paraissant régulière à la palpation; elle devenait mamelonnée lorsque la résolution se faisait. Presque toujours cette tumeur offrait un peu de sonorité à la percussion, lorsque la douleur ne rendait pas celle-ci impossible. M. Millard croit, comme M. Talamon, que ces variétés dans le siège et la direction de la tumeur sont en rapport avec les différences d'insertion et de position de l'appendice. Les vomissements qui accompagnent les coliques du début sont bilieux et cessent ordinairement vers le troisième jour. La constipation est un symptôme habituel et la diarrhée initiale est rare. La fièvre varie suivant les cas; lorsqu'elle existe, elle présente des paroxysmes vespéraux et peut atteindre 39° et 40°.

La *durée* de la pérityphlite varierait de quinze jours à trois mois.

Les *rechutes* seraient fréquentes d'après les auteurs; M. Millard n'en a jamais observé; il est vrai de dire qu'il a vu surtout des malades d'hôpital qui ont pu éprouver des rechutes sans qu'il le sache.

Le *diagnostic* est assez facile, quoiqu'au début le caractère et le siège des douleurs ait pu produire des confusions avec les coliques hépatiques et néphrétiques, ou avec l'inflammation des annexes de l'utérus chez la femme. L'apparition de la tumeur péricæcale permet assez rapidement de reconnaître la pérityphlite.

Comme *traitement*, M. Millard insiste sur le repos au lit, qui doit être absolu et prolongé; les émissions sanguines locales au moyen de ventouses scarifiées, qui soulageraient la douleur; les opiacés (5 à 10 centigr., d'extrait

thébaïque chaque jour) ; les onctions calmantes, au moyen de la pommade belladonée (l'onguent mercuriel étant repoussé à cause des accidents d'hydrargyrisme qu'il détermine assez facilement), les purgatifs doux, et particulièrement le citrate de magnésie effervescent ; le régime lacté.

Lorsque les accidents aigus sont terminés, M. Millard conseille les vésicatoires, les pointes de feu, les bains alcalins, l'usage habituel des laxatifs et quelquefois des toniques (iodure de fer et quinquina).

II

M. Legendre (2) trouve qu'il y a lieu de différencier les divers cas qui peuvent se présenter et il nous fait une division un peu hypothétique et en rapport avec ses opinions sur les affections de l'estomac. Il distingue : 1° la *typhlite des constipés*, simple engouement stercoral ; 2° la *typhlite des dilatés* par catarrhe intestinal a répétition, causé par la stagnation habituelle dans le tube digestif des résidus irritants des fermentations gastro-intestinales ; 3° la *pérityphlite*, qui peut accompagner la forme précédente, pérityphlite subaiguë, séro-adhésive et le plus souvent curable par les soins médicaux ; 4° l'*appendicite* a début brusque, caractérisée par une douleur très aiguë, atteignant d'emblée son acmé, s'accompagnant de vomissements, de prostration ; il existe presque toujours une péritonite périappendiculaire, pouvant suppurer et former un foyer enkysté, pouvant se généraliser et produire une péritonite diffuse ; cette éventualité est inévitable, lorsque

(1) Pérityphlites et appendicites (Séance du 30 novembre 94.)

la perforation de l'appendice précède la péritonite adhésive.

Dans les premiers cas l'intervention chirurgicale est l'exception et les moyens médicaux suffisent presque toujours pour amener la guérison.

Dans les cas d'appendicite, la guérison peut survenir sans opération, mais le malade est à surveiller de près pour que l'opération se fasse en temps utile.

Le Gendre considère les purgatifs comme dangereux dans ce cas et il préfère les lavements. Il prescrit le repos absolu, la diète, et l'opium à forte dose (2 à 10 centigr. chez les enfants, 20 à 30 chez les adultes). Mais « si au bout de quarante-huit heures, la défervescence thermique et le relèvement du pouls, l'amélioration du faciès n'ont pas commencé à se manifester, parallèlement à la diminution de la douleur et des autres signes locaux, l'incision exploratrice est légitime ; au bout de trois jours, elle devient nécessaire ». Le Gendre ajoute que dans les appendicites à rechute, la résection à froid lui paraît indiquée après la deuxième ou la troisième crise.

III

M. Sevestre, à la même séance, admet deux formes principales, la pérityphlite vraie et l'appendicite.

La pérityphlite simple d'origine purement cæcale sans participation de l'appendice a été niée, cependant sa réalité a été démontrée par une autopsie publiée par M. Mariage (thèse de Paris, 1891). Il s'agissait d'un garçon de 10 ans, entré dans le service du Dr Legroux avec des symptômes de typhlite ; il gagne la diphthérie et meurt quelques jours après ; à l'autopsie, on trouve les parois du cæcum épaissies, la muqueuse rouge et tuméfiée, sans ulcérations, ni perforations ; des adhérences

entre le cæcum et l'intestin grêle avec petits abcès limités ; l'appendice était libre et sain.

M. Sevestre considère les observations lues par M. Millard dans la séance précédente comme se rapportant plutôt à des pérityphlites qu'à des appendicites.

Il conclut ainsi :

« Sous le nom de pérityphlite on englobe des cas complexes et assez différents les uns des autres :

« Les premiers, méritant le nom de pérityphlite d'origine cæcale, sont relativement bénins et guérissent souvent par les moyens médicaux ; l'intervention chirurgicale n'est justifiée que lorsque la maladie, traînant en longueur et la fièvre persistant, il est permis de penser qu'il existe une suppuration plus ou moins étendue ;

« Les autres, d'origine appendiculaire, assez fréquents dans la seconde enfance, peuvent aussi guérir par des moyens médicaux, mais ils demandent une surveillance rigoureuse et incessante ; car très rapidement ils peuvent exiger une intervention immédiate. Les purgatifs sont formellement contre-indiqués, etc., par contre, le repos absolu, les opiacés, la diète sont de rigueur dans les cas de ce genre. »

IV

Dans la suite de la discussion, M. Moizard n'est pas aussi optimiste que les deux orateurs précédents pour les cas observés chez les enfants. Il croit que l'intervention chirurgicale est plus souvent nécessaire et que les cas guéris par les moyens médicaux sont assez rares. Le diagnostic entre la pérityphlite vraie et l'appendicite lui paraît des plus difficile. Du reste l'appendice peut occuper des sièges assez anormaux pour rendre difficile le diagnostic d'appendicite.

M. Alb. Mathieu a eu l'idée de rechercher les statistiques publiées sur les résultats des traitements de la pérityphlite et de l'appendicite.

Les statistiques médicales proviennent des hôpitaux allemands : Guttmann, 4 décès sur 96 cas ; Hollander, 80 cas sans décès ; Renvers, mortalité de 3 à 4 0/0 ; Leyden croit que 95 0/0 guérissent sans opération ; Fürbringer, 12 décès sur 120 cas. Nous arrivons à une moyenne générale de 5 0/0 environ.

Les statistiques chirurgicales sont au nombre de deux. Sonnenburg rapporte 77 interventions, qui se décomposent ainsi :

5 cas d'appendicite simple, pas de mort ;

52 cas d'appendicite perforative sans complication, pas de mort ;

20 cas d'appendicite perforative compliquée, dont 8 cas de péritonite fibrino-purulente avec abcès multiples : 3 morts ;

12 cas dans lesquels il y avait déjà infection septique au moment de l'opération, 12 morts soit 19 0/0.

Richardson, de Boston, sur 168 cas, est intervenu 91 fois avec 42 morts.

« Ces chiffres ne sont guère favorables à la grande fréquence de l'opération. »

Au point de vue de l'intervention chirurgicale, M. Mathieu croit qu'elle est indiquée :

« 1° Immédiatement dans les cas de péritonite généralisée ;

« 2° Rapidement dans les deux ou trois premiers jours, dans les cas d'appendicite perforante à marche aiguë ;

« 3° Vers le 7e ou le 8e jour, en cas de production d'une collection purulente d'une certaine étendue ;

« 4° A froid, entre deux crises, dans l'appendicite à rechute. »

Comme traitement médical, il recommande le repos absolu, la glace en application externe et l'opium ; au bout de deux ou trois jours, il purge le malade avec de l'huile de ricin à petites doses répétées s'il n'y a pas de contre-indication.

M. Du Cazal voit plusieurs fois par an des cas de pérityphlite dans son service du Val-de-Grâce, et il n'a eu qu'un seul cas, ayant eu besoin d'une intervention chirurgicale.

V

M. Rendu (1) s'occupe principalement d'établir dans quels cas il y a lieu d'intervenir chirurgicalement. Il passe en revue un certain nombre d'éventualités, en citant des faits à l'appui, puis il examine ce qui se passe le plus souvent en pratique.

« Après un début variable comme intensité et comme brusquerie des symptômes, on voit le foyer inflammatoire se circonscrire et se préciser, et, deux ou trois jours après l'éclosion de la douleur initiale, on peut sentir une tuméfaction qui localise le siège du mal. Ce sont les renseignements fournis par l'exploration de cette tumeur qui donnent les meilleurs éléments d'appréciation quant à l'opportunité ou non d'intervenir. Quand l'empâtement n'a point de tendance à s'accroître, et qu'il s'indure plutôt en cessant d'être douloureux, on doit en conclure, sinon avec certitude, du moins avec quelques chances de pré-

(1) Des indications du traitement de la typhlite et de l'appendicite (*Séance du 7 décembre*).

somption, que le foyer se restreint et marche vers la résolution. Lorsque, au contraire, il ne diminue pas de volume et garde cette consistance pâteuse, mollasse, sur laquelle insiste avec raison Talamon, il y a de très grandes chances pour que la péritonite enkystée contienne du pus, susceptible par son accumulation et surtout par ses fusées de provoquer une péritonite. » Voilà une indication formelle d'intervention pour M. Rendu.

Une seconde indication d'opérer est l'appendicite à début foudroyant avec péritonite diffuse; si au bout de douze à quinze heures de traitement par la glace, le champagne frappé, l'opium il n'y a pas d'amélioration marquée, l'opération rapide s'impose.

La troisième indication est le cas d'appendicite à répétition, où après plusieurs atteintes on peut procéder à l'ablation de l'appendice dans l'intervalle de deux crises.

VI

Cette discussion longue et intéressante nous paraît avoir démontré l'existence de trois formes dans les inflammations cæcales et pericæcales : une *forme commune*, une *forme foudroyante* et une *forme à rechute*.

La *forme commune*, qui se rencontre plutôt chez les adultes et qui aurait plutôt pour point de départ le cæcum lui-même, est caractérisée par un début assez brusque, avec douleurs violentes localisées dans la fosse iliaque droite, avec des irradiations dans tout l'abdomen, des vomissements, un état fébrile relativement modéré; après deux ou trois jours, ces symptômes s'atténuent et la palpation permet de reconnaître un boudin cæcal assez volumineux. Cette pérityphlite se termine par résolution ou par suppuration; dans le premier cas, tous les symp-

tômes diminuent graduellement, les selles se rétablissent, l'appétit revient peu à peu et le boudin cæcal se dissipe très lentement ; un écart de régime peut amener un retour de l'état aigu ; dans le second cas, la fièvre continue, la tuméfaction reste molle, douloureuse, et augmente plutôt; si on n'intervient pas, le pus peut rompre les fausses membranes qui l'enkystent et s'épancher dans la cavité péritonéale, d'où péritonite généralisée très grave, ou se faire jour au dehors.

La *forme foudroyante*, plus fréquente chez l'enfant, est presque toujours une appendicite perforante ; elle a le début dramatique de la péritonite par perforation, avec collapsus, vomissements incessants, douleurs atroces ; la mort rapide est la terminaison la plus fréquente ; cependant, sous l'influence d'une intervention chirurgicale et même quelquefois sous l'influence d'un traitement médical approprié, tous ces symptômes violents s'amendent peu à peu et la maladie se termine comme dans la forme précédente.

La *forme à rechute* présente des attaques à intervalles variables qui peuvent revêtir soit l'aspect de la forme commune, soit l'aspect de la forme foudroyante : une crise peut revêtir une des formes, une autre crise l'autre forme.

VII

TRAITEMENT. — *Traitement de la forme commune*. — *Colocynthis* et *belladonna* sont les deux médicaments les mieux indiqués par les douleurs, les vomissements et la constipation ; nous donnons le premier à la 1[re] dilut. déc., X gouttes dans une potion de 125 grammes d'eau ; le second à la 1[re] trit. déc., 0,30 dans une potion de même

volume, une cuillerée à dessert toutes les demi-heures en alternant.

Si les douleurs ne cédaient pas, nous remplacerions promptement colocynthis par la *bryone* à la même dose ou en teinture mère.

Plus tard lorsque l'état aigu a complètement cessé, *nux vomica*, *collinsonia*, *lycopodium* peuvent être indiqués contre la constipation et pour amener la disparition du boudin cæcal.

Le séjour au lit, l'immobilité, la diète lactée nous ont réussi dans les divers cas que nous avons eu à soigner. Chez un malade, qui était vu en même temps par un chirurgien, le citrate de magnésie effervescent, conseillé par ce dernier, nous a paru avoir une action favorable.

Le *massage* du cæcum dans un cas passé à l'état chronique nous a réussi très rapidement pour faire disparaître le boudin cæcal.

La *laparotomie exploratrice*, suivie du drainage de la collection purulente et de l'ablation de l'appendice lorsqu'il est altéré, est indiquée : au bout de huit à dix jours après le début des accidents s'il y a persistance de la fièvre, augmentation de volume de la tumeur qui reste mollasse et mal circonscrite.

Traitement de la forme foudroyante. — L'indication est d'immobiliser l'intestin ; l'*opium* a très fortes doses fractionnées, est le médicament indispensable ; nous ajouterons les applications de glace sur le ventre, le champagne glacé et une immobilité absolue.

Si au bout de vingt-quatre à trente-six heures, il n'y a pas d'amélioration, il y a lieu de faire la laparotomie. Si les accident s'amendent, on pourra, au bout de quelques jours, remplacer l'opium par la *belladone* et la *colocynthis* et suivre le traitement de la forme commune.

Traitement de la forme à rechute. — Pendant les crises, les moyens indiqués ci-dessus ; entre les crises, une hygiène alimentaire sévère, la suppression des exercices violents, une saison minérale à Plombières ; enfin, si les crises reviennent facilement, la résection de l'appendice pendant l'intervalle de deux crises, opération qui se fera alors pour ainsi dire sans danger.

D[r] MARC JOUSSET.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

CORPS FIBREUX

On donne le nom de corps fibreux à des tumeurs composées d'un tissu analogue à l'utérus. On lès divise en sous-muqueux, sous-péritonéaux et interstitiels suivant la place qu'ils occupent dans l'utérus.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les fibromes constituent des masses arrondies, dures, criant sous le couteau, variant du volume d'un grain de chènevis à la tête d'un adulte et pouvant atteindre le poids de 60 et 80 livres. Ces tumeurs ont l'aspect du tissu fibreux, d'où est venu leur nom. Ils sont rarement isolés. On en rencontre habituellement 3 ou 4 et dans certains cas jusqu'à 200.

Les corps fibreux sont constitués par du tissu fibreux et par un tissu musculaire analogue à celui de la matrice. Quand c'est le tissu fibreux qui prédomine la coupe présente une surface blanche, dure et non vasculaire. Quand c'est le tissu musculaire les fibromes sont rougeâtres,

moins durs, charnus, et vasculaires. On lui a donné le nom de *myôme.*

Le fibrome sous-péritonéal prend naissance à la surface externe de l'utérus et se développe dans le sens du péritoine sous forme d'une tumeur sessile fortement adhérente à l'utérus, d'autres fois il se pédicule, devient mobile dans le péritoine, son pédicule s'allongeant de plus en plus, ou même venant à se détruire, le corps fibreux constitue une tumeur mobile qui peut occuper tous les points de l'abdomen.

Le corps fibreux sous-muqueux constitue une tumeur qui fait une saillie plus ou moins grande dans l'utérus. Il arrive souvent que, comme le fibrome sous-péritonéal, il se pédicule et constitue ce qu'on a appelé le polype fibreux. Sous l'influence de l'irritation qu'il détermine, le col de l'utérus s'entr'ouvre et ce fibrome peut faire saillie dans le vagin et se détacher complètement de l'utérus.

Quant au fibrome interstitiel il se développe dans l'épaisseur même des parois utérines, il les écarte sans jamais les transformer comme le font les tumeurs malignes et constitue, surtout à la face postérieure et au fond de l'utérus, des tumeurs plus ou moins volumineuses.

Un certain nombre de ces fibromes, surtout les plus volumineux, sont creusés de cavités remplies de liquides. Ce sont les *fibro-kystes.* Le plus habituellement ces cavités ne sont pas tapissées d'une membrane kystique et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on observe des cavités réellement enkystées au sein des fibromes.

La présence des corps fibreux interstitiels ou sous-muqueux modifie profondément la vitalité de l'utérus. La cavité de ce viscère augmente considérablement en même temps que ses parois s'épaississent beaucoup.

Que deviennent ces tumeurs? Quelle est leur évolution? Le plus ordinairement à l'âge de retour, alors que l'utérus n'est plus le siège de congestion périodique, le corps fibreux s'atrophie et disparaît plus ou moins. Dans quelques cas son tissu devient le siège d'une calcification qui est encore un mode de guérison.

Mais les corps fibreux sont quelquefois, pendant leur période même d'activité, le siège d'un travail qui peut amener leur destruction.

C'est tantôt un œdème dû probablement à la thrombose veineuse qui amène un ramollissement considérable de la tumeur. Il se fait une véritable fonte de la masse fibreuse qui peut ainsi être éliminée au moins en grande partie.

On a quelquefois constaté la suppuration des fibromes et d'autres fois leur gangrène. Ces terminaisons sont dues à une inflammation interstitielle et souvent précédée de l'œdème dont nous venons de parler.

Quant à la transformation du corps fibreux en cancer, elle n'a jamais été observée et c'est un fait dont il faut tenir grand compte dans la pratique.

Étiologie. — Nos connaissances sont à près nulles sur les causes qui donnent naissance au corps fibreux ; on a accusé successivement le froid, les chocs, les fatigues, la grossesse et la stérilité tour à tour. Disons que cette lésion se développe chez les femmes qui y sont prédisposées et nous aurons tout dit.

C'est de 30 à 50 ans, c'est-à-dire pendant la prédominance de la vie sexuelle, que nous sommes consultés le plus souvent pour les corps fibreux. D'un autre côté, les médecins des hôpitaux où l'on soigne les vieilles femmes ont constaté l'existence d'un très grand nombre de corps

fibreux trouvés à l'autopsie. Ce qui prouve que quand les symptômes ont disparu, la lésion a persisté.

Symptomes. — Les corps fibreux produisent trois ordres des symptômes : 1° des hémorrhagies, 2° des douleurs et 3° la gêne mécanique produite par leur volume et la compression qui en résulte sur les viscères abdominaux.

1° *Hémorrhagie.* — C'est le symptôme le plus important des corps fibreux, c'est presque le seul qui soit dangereux. Au début, les règles avancent, sont trop fortes et se prolongent démesurément, puis pendant longtemps l'hémorrhagie revient régulièrement à l'époque menstruelle. On lui a donné le nom de *ménorrhagie*. Elle devient de plus en plus violente, force la malade à garder le lit, produit une faiblesse considérable et tous les symptômes de l'anémie. Il n'est pas rare d'observer un état lipothymique, des syncopes, et la mort est quelquefois survenue dans ces circonstances. Cependant il faut savoir que la femme a une grande force de résistance, que beaucoup échappent à ces accidents et finissent par guérir.

Comme en même temps que les règles revêtent cette forme hémorrhagique, elles se prolongent 12, 15 et 20 jours, il arrive que la femme a très peu de temps pour se remettre, et que l'hémorrhagie est presque continue. Cependant, nous avons observé que dans les fibromes, l'hémorrhagie conservait presque toujours son caractère ménorrhagique, et que la période menstruelle était encore reconnaissable au milieu de tous ces désordres.

2° *Douleurs.* — Il y a des cas où les douleurs sont à peu près nulles, mais il est rare de ne pas observer de douleurs pendant les pertes sanguines. Dans l'intervalle des règles, c'est une douleur sourde qui devient plus violente

pendant les hémorrhagies. Dans les cas exceptionnels, la malade éprouve des douleurs très-violentes siégeant manifestement dans la tumeur, et elles augmentent par la pression.

3° *Accidents de compression.* — Ce sont quelquefois des névralgies, des sciatiques en particulier. D'autre fois, une grande gêne dans la défécation et la miction. Enfin, pour ne rien omettre, la compression des veines du bassin peut amener l'œdème des membres inférieurs, l'ascite et les tuberculoses.

Les symptômes que nous venons de décrire présentent quelques variétés suivant le siège des fibromes.

Les fibromes sous-péritonéaux, surtout quand ils sont pédiculés, peuvent n'entraîner aucun symptôme d'hémorrhagie. ïls sont très mobiles dans l'abdomen, et peuvent. indépendamment des symptômes douloureux propres à tous les fibromes, déterminer de petites péritonites locales qui amènent des adhérences et des douleurs.

Quand le fibrome siège à la face sous-muqueuse de l'utérus, il est une cause puissante d'hémorrhagie et s'accompagne de douleurs expulsives qui sont d'autant plus marquées, que la tumeur est pédiculée, et affecte la forme d'un polype.

Les corps fibreux interstitiels sont peut-être les moins douloureux, mais ils s'accompagnent constamment d'hémorrhagies plus ou moins abondantes.

SIGNES PHYSIQUES. — Le palper abdominal et le toucher suffisent habituellement pour le diagnostic des corps fibreux. Le palper abdominal permet de constater dans la cavité de l'abdomen une ou plusieurs tumeurs dures, élastiques, présentant quelquefois des bosselures, mais ayant

toujours une surface lisse. Dans le cas de fibromes sous-péritonéaux, ces tumeurs sont plus ou moins mobiles. Quelquefois elles semblent indépendantes de l'utérus. Dans les cas de fibromes interstitiels et sous-muqueux, l'utérus se développe uniformément, reste globuleux et peut être confondu avec la grossesse.

Le toucher vaginal, combiné avec la palpation abdominale, permet de constater que la tumeur fibreuse est intimement unie avec l'utérus, et en suit tous les mouvements. Dans les cas de tumeurs sous-muqueuses pédiculées, le toucher, à un certain moment, permet de constater la dilatation du col et la présence d'une tumeur qui tend à être expulsée.

L'auscultation du ventre permet, dans les cas où les fibromes sont très volumineux, de constater l'existence d'un souffle qui pourrait induire en erreur et faire croire à une grossesse.

Marche. — Les fibromes constituent une affection essentiellement chronique ; ils accroissent lentement de volume, et cet accroissement est surtout marqué avant les règles. Le plus souvent, les corps fibreux diminuent et s'atrophient pendant la ménopause, mais il faut savoir que cette période est fortement reculée chez les femmes atteintes de fibromes.

Les fibromes sous-muqueux pédiculés sont quelquefois expulsés complètement, d'où résulte une guérison définitive ou momentanée.

Enfin, quand les fibromes deviennent le siège d'un œdème aigü ou d'un abcès, ils peuvent se résorber plus ou moins complétement.

Diagnostic. — Le fibrome peut être confondu avec une

grossesse, avec un hématocèle, avec un kyste de l'ovaire et un cancer du col.

1° Un fibrome interstitiel ayant amené un développement considérable de l'utérus, se distinguera toujours de la grossesse, même quand il est le siège d'un bruit de souffle, par l'existence d'hémorrhagie et de l'état du col utérin.

2° Un hématocèle peut être confondu avec un fibrome, parce que, comme cette dernière affection, il s'accompagne d'hémorrhagies, mais deux signes contribueront habituellement à éclairer le diagnostic : d'abord la forme de la tumeur, qui représente si souvent une configuration trifoliée, ensuite l'aggravation qui survient à propos des règles, et qui se caractérise par l'augmentation de volume et la dureté de la tumeur, et des douleurs qui atteignent une acuité qu'on n'observe jamais dans les fibromes.

3° Ce sont seulement les kysto-fibromes qui peuvent être confondus avec les kystes de l'ovaire. Il faut remarquer cependant que dans les kystes de l'ovaire les règles sont plutôt diminuées, et d'ailleurs la ponction permettrait de reconnaître la double nature de la tumeur fibrokystique.

4° Le cancer du col ne peut guère être confondu qu'avec un fibrome sous-muqueux pédiculé et engagé dans le vagin. Le toucher, habilement pratiqué, permettra dans le cas de fibrome de reconnaître le col utérin, et par conséquent fournira tous les éléments du diagnostic.

PRONOSTIC. — Le pronostic des corps fibreux est celui d'une maladie longue et habituellement incurable. Rappelons que l'hémorrhagie est le seul symptôme inquiétant de cette affection. Il en résulte que les fibromes intersti-

tiels et sous-muqueux sont les seuls qui présentent quelques dangers. Nous le rappelons, le danger est en rapport avec l'intensité de l'hémorrhagie. Les corps fibreux qui s'accompagnent de pertes modérées ne mettent jamais la vie en péril. Ceux qui s'accompagnent d'hémorrhagies abondantes et continues peuvent être suivis de mort. L'indication ici est donc de lutter pied à pied avec la métrorrhagie, et de soutenir les forces de la malade pour lui permettre d'arriver à l'âge de retour, époque à laquelle la guérison spontanée a lieu le plus souvent. Ajoutons que dans notre longue pratique, nous n'avons presque jamais vu les corps fibreux, même ceux accompagnés d'hémorrhagie violente, se terminer par la mort.

Traitement. — Les médications dirigées contre les fibromes eux-mêmes ont toujours échoue, y compris les eaux chlorurées et sodiques fortes comme Salies, Kreussnach, Bex, Salins, et les eaux-mères du Croisic. Nous avons souvent vu l'usage de ces eaux être suivie du retour des forces chez les malades épuisées par les hémorrhagies, quelquefois ce symptôme a été diminué, mais jamais pour bien longtemps. Jamais non plus nous n'avons observé la résolution des corps fibreux à la suite de l'usage de ces eaux.

Nous le répétons, le traitement ici se borne à combattre les hémorrhagies et à permettre ainsi à la malade d'atteindre l'âge du retour, âge où il y a grande chance de la guérison spontanée.

Nous renvoyons au chapitre de la méthorrhagie pour les détails du médicament et des médications accessoires.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DU SEIN.

L'histoire pathologique des affections du sein appartient pour la plus grande partie à la chirurgie, mais comme le traitement médical du plus grand nombre de ces affections a une extrême importance au point de vue pratique, nous exposerons successivement le traitement de la fluxion du sein, des gerçures du mamelon, des phlegmons et abcès du sein et dans un dernier chapitre nous dirons quels médicaments peuvent être prescrits contre les tumeurs du sein.

Traitement des fluxions ou congestions du sein. — La congestion des seins s'observe dans plusieurs états pathologiques mais cette affection n'acquiert d'importance qu'à propos de la lactation.

Les nourrices sont quelquefois prises à propos d'un refroidissement, d'une fatigue, d'un sevrage brusque et quelquefois sans cause connue, d'un gonflement considérable et douloureux des deux seins.

Le sein devient très volumineux, très dur, il conserve sa forme habituelle mais il présente un grand nombre de bosselures qui correspondent aux lobules de la glande. Il est le siège d'une grande chaleur et d'une douleur tensive. Cette affection est connue sous le nom de *poil*.

Le plus souvent cette fluxion se dissipe d'elle-même au bout de quelques jours mais quelquefois elle peut être le début d'un phlegmon de cet organe. C'est pourquoi il est important de hâter sa guérison.

Belladone, camomille, bryonia sont les médicaments de la fluxion du sein. Comme nous retrouverons ces trois médicaments à propos de la mammite nous donnerons

leurs indications différentielles. Nous nous contenterons en ce moment de conseiller la belladone comme le premier et le meilleur médicament de la congestion du sein.

On aidera beaucoup au succès du traitement en pratiquant sur les seins des onctions d'huile d'olive chaude renouvelées trois fois par jour. Après chaque onction on recouvrira les seins d'une épaisse couche de ouate. Il sera encore fort utile de dégorger le sein par des succions pratiquées doucement et renouvelées souvent.

Traitement des gerçures du mamelon. — La gerçure du mamelon est une affection assez commune, extrêmement douloureuse qui rend quelquefois l'allaitement impossible. Ces gerçures sont souvent la cause d'abcès mammaires. Quand elles se développent à la base du mamelon elles peuvent en amener la chute.

Prophylaxie. — On évitera souvent la formation des gerçures en préparant le mamelon pendant les derniers mois de la grossesse. Des lotions avec de l'eau-de-vie pratiquées matin et soir et surtout l'habitude de porter des globes en verre qui reçoivent dans leur cavité le mamelon et déterminent l'allongement du bout de sein constituent une excellente précaution. L'usage des *bouts de sein* préserverait efficacement le mamelon mais il est très difficile de les faire accepter par le nourrisson.

On remplirait plusieurs pages des formules de pommade qui ont été proposées pour guérir cette affection. Richard Hughes propose la teinture de calendula, mais notre expérience nous engage à signaler castor equi, médicament décrit par Erique qui a signalé les symptômes suivants : mamelon plein de crevasses pendant la lactation. Je fais faire une pommade avec Castor equi 1re tri-

turation 1/10 — 1 gramme dans 10 grammes de vaseline. On fait une application chaque fois que l'enfant a tété et avant et après on nettoie le bout de sein avec de l'eau boriquée chaude.

Je donne en même temps castor equi à l'intérieur à la 6e dilution.

Je signale encore pour mémoire le graphite et l'hydrastis; ce dernier médicament a donné d'excellents résultats administré *intus* et *extra* dans toutes les ulcérations de la peau.

Traitement du phlegmon et des abcès du sein. — Les chirurgiens distinguent, d'après le siège qu'ils occupent, quatre espèces de phlegmons du sein : phlegmon du tissu conjonctif superficiel, phlegmon du tissu sous-mammaire, phlegmon de l'aréole ou abcès tubéreux, phlegmon de la glande mammaire.

Les phlegmons du tissu conjonctif superficiel ou profond ne présentent rien de particulier, nous ne donnerons donc ici le traitement que des phlegmons et abcès de la glande mammaire et ceux de l'aréole.

A. L'inflammation parenchymateuse de l'aréole est presque constamment la suite des crevasses et excoriations du mamelon. Elle a son siège dans les glandes sébacées. Sa forme lui a fait donner le nom *d'abcès tubéreux* ! En somme, c'est un véritable furoncle. Ces abcès peuvent acquérir le volume d'une noisette ou d'une noix. Ils sont souvent multiples. Il faut les ouvrir dès que la fluctuation est évidente. Ils guérissent rapidement et ne doivent pas empêcher la lactation.

B. *Phlegmons et abcès de la glande mammaire.* — Ce sont les véritables abcès du sein et de tous les plus fréquents. Presque toujours liés à la grossesse ou à l'allaitement, on peut les observer cependant pendant la puberté et assez souvent encore dans les premiers jours de la naissance. Ces phlegmons succèdent presque toujours à l'engorgement du sein, engorgement dû à la cessation subite de la lactation soit à cause des crevasses du mamelon et des douleurs qu'elles déterminent, soit par la mort du nourrisson. On a alors tous les symptômes que nous avons décrits sous le nom de fluxion du sein et si le traitement médicamenteux et les soins hygiéniques ne parviennent pas à résoudre cet engorgement, le phlegmon s'établit, les douleurs sont plus fortes, le sein plus chaud et habituellement un mouvement fébrile intense marque le début de cette phlegmasie. Ce phlegmon se termine par suppuration. Un plus ou moins grand nombre de lobules sont atteints, habituellement dans un seul sein, quelquefois dans les deux.

Ces abcès ont une marche relativement lente. Ce n'est guère qu'au bout de douze ou quinze jours que la fluctuation est perçue. Si le ou les lobules atteints sont superficiels, l'abcès s'ouvre dans l'aréole ou au voisinage. Si au contraire ils sont profonds, le pus fuse dans le tissu conjonctif lâche qui entoure la glande et vient s'ouvrir dans un point de la circonférence.

Habituellement un sein seul est atteint mais il n'est pas très rare cependant de voir un phlegmon mammaire occuper les deux seins.

Nous devons ajouter que le phlegmon mammaire est à répétition, ce qui prolonge beaucoup la durée de la maladie.

Comme les canaux galactophores sont envahis et détruits à peu près par la suppuration, la lactation doit être interdite.

Les principaux médicaments sont belladone, bryone, phosphore, phytolaca, hepar sulfuris et silica.

1° *Belladone* est le médicament du début. Il convient parfaitement contre l'engorgement aigu du sein qui précède si souvent le développement du phlegmon. Il est indiqué spécialement quand la rougeur est érysipélateuse et la douleur s'accompagne d'élancement.

Doses et modes d'administration. — Teinture mère, II gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

2° *Bryone.* — C'est le médicament principal de Richard Hughes. Nous le donnons, si après vingt-quatre heures belladone n'a pas produit d'amélioration.

Doses et modes d'administration. — Les trois premières dilutions, une dose toutes les deux heures.

3° *Phosphorus.* — Si le traitement précédent n'a pas arrêté le phlegmon dans sa marche ou si on est appelé quand la suppuration est déjà commencée, phosphorus est le médicament principal. Il est indiqué par le gonflement, la rougeur, les élancements et la suppuration du sein, le médicament diminue la douleur et hâte la terminaison de l'abcès. Il a plusieurs fois guéri les fistules du sein qui subsistent après les abcès.

Doses et mode d'administration. — C'est habituellement la 6e dilution que nous prescrivons, II gouttes dans 200 grammes d'eau, de six à huit cuillerées en vingt-quatre heures.

4° *Phytolaca.* — C'est le Dr Hall qui a indiqué ce

médicament contre les engorgements inflammatoires des mamelles. Il est utile même après la suppuration et la formation de fistules.

Doses et modes d'administration. — Teinture mère III gouttes dans 200 grammes d'eau, 4 cuillerées par jour.

5° et 6° *Hepar sulfuris* et *silicea* sont indiqués dans les cas tout à fait chroniques.

Application de collodion. — Le collodion rend de véritables services dans le traitement du phlegmon de la mamelle comme dans le traitement de tous les autres phlegmons. Il faut étendre trois couches successives qui dépassent les limites de l'inflammation. On renouvelle le collodion quand il se détache. Le tout est recouvert d'une feuille de ouate.

Ces abcès ne réclament pas une intervention prompte. On peut se contenter, d'après Lannelongue, de faire la ponction des petits foyers à mesure qu'on voit la peau s'amincir à leur niveau.

Tumeurs du sein. — Au point de vue pratique, les tumeurs du sein se subdivisent en deux grandes catégories, les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes.

Les tumeurs bénignes comprennent : l'hypertrophie générale de la glande, l'adénome, le fibrome, les lipomes, le galactocèle, les kystes, les tumeurs osseuses et calcaires, les névromes.

Les tumeurs malignes comprennent tous les cancers.

Traitement des tumeurs bénignes. — Le traitement de ces tumeurs est presque entièrement chirurgical : compression, ponction et injection des kystes, l'extirpation quand la tumeur gêne par son volume, telles sont les opérations

chirurgicales indiquées dans le traitement de ces tumeurs.

La thérapeutique pharmaceutique, en tant qu'elle peut amener la résolution des tumeurs bénignes du sein, est bien problématique.

L'iode, le calcarea et le conium maculatum ont été employés sans grand succès.

La douleur est une indication à laquelle correspondent murrex purpurea et conium maculatum.

1° *Conium maculatum.* — Ce médicament est indiqué dans les tumeurs dures de la mamelle avec douleur intense augmentant par le toucher, élancement pendant la nuit. Un sentiment de prurit confirme encore l'indication de la ciguë.

Doses et modes d'administration. — Les trois premières dilutions et la teinture mère administrées trois fois par jour tant que les douleurs subsistent. L'application d'un glycérolé de ciguë au dixième contribue aussi à calmer les douleurs.

Quand la tumeur est de nature scrofuleuse on peut espérer sa guérison complète par l'action de la ciguë.

2° *Murex purpurea.* — Ce médicament m'a souvent rendu service pour calmer les douleurs du sein, qu'il y ait oui ou non tumeur. La caractéristique de ce médicament est l'augmentation des douleurs pendant les règles.

Traitement du cancer du sein. — Le traitement du cancer du sein est presque entièrement chirurgical, excepté dans les cas extrêmement chroniques chez les vieilles femmes; quand la maladie semble stationnaire pendant des années, il convient de pratiquer l'ablation du sein cancéreux. Cette ablation sera faite dans de bonnes conditions si le cancer n'est pas encore ulcéré et surtout s'il n'existe pas

de ganglions dans l'aisselle. Nous désapprouvons complètement la méthode qui consiste à n'extirper qu'une partie du sein, pour mettre de son côté toutes les chances contre la récidive. Il faut que l'amputation soit complète.

L'arsenic, le conium maculatum et l'hydrastis canadensis ont été tour à tour préconisés dans le traitement du cancer. Conium maculatum n'a jamais guéri que des tumeurs scrofuleuses. L'arsenic est absolument impuissant dans cette maladie.

Hydrastis canadensis réunit un nombre considérable de témoignages en faveur de sa vertu curative du cancer. Plusieurs auteurs, le Dr Rodd, cite plusieurs cas de guérison complète de cancers du sein. Les autres médecins ne sont pas aussi affirmatifs sur la puissance curative de l'hydrastis, mais tous s'accordent pour dire que ce médicament améliore l'état général, rétablit les fonctions digestives et relève les forces du sujet. En même temps qu'il calme les douleurs du cancer et diminue ou même guérit les ulcérations.

Doses et modes d'administration. — A l'intérieur on l'a donné à des dilutions variées. Quelques médecins prescrivent quelques gouttes de teinture mère. A l'extérieur, on peut mettre XX gouttes de teinture dans 100 grammes de glycérine.

Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. Pathogénie du coup de chaleur. — II. Gangrène des doigts a la suite de pansements phéniqués. — III. Météorologie et choléra en Cochinchine. — IV. Valeur comparative des différents procédés employés contre la mort apparente des nouveau-nés. — V. Zones hystérogènes et zones hystéroclasiques. — VI. De l'actinomycose humaine a Lyon.

I

(*Séance du* 24 *décembre* 1894.) — M. Laveran revenant sur les expériences de M. Vallin pour établir la pathogénie du coup de chaleur, demande si cet expérimentateur a fait l'autopsie des animaux pendant la période agonique ou quelque temps après la mort ; car dans ses expériences personnelles il a trouvé le cœur dilaté et excitable, tandis que M. Vallin l'a trouvé contracté et rigide, ce qui était peut-être une altératien post mortem.

M. Vallin a toujours fait l'autopsie pendant la période agonique ; s'il n'a pas trouvé les mêmes lésions que M. Laveran, c'est que ses expériences ont été très différentes ; il a simplement attaché des chiens à une température de 25 à 28°, tandis que ceux de M. Laveran étaient assujettis à un travail pénible à une température surchauffée.

M. Laveran fait observer que dans ses expériences personnelles il s'est placé, mieux que M. Vallin dans les

siennes, dans les conditions que l'on rencontre dans le coup de chaleur.

Dans une séance ultérieure (15 *janvier*), M. Colin est venu faire la critique des expériences des deux orateurs précédents; il s'est aussi occupé de la question et il croit que les théories données jusqu'à ce jour du coup de chaleur sont toutes hypothétiques et que la pathogénie est des plus complexes.

II

M. Laugier rapporte trois nouveaux cas de gangrène du doigt consécutive à l'enveloppement prolongé par un pansement phéniqué. Il s'agissait dans un cas d'une solution de phénate de soude à 1 0/0 et dans les deux autres d'une solution d'acide phénique à 1/50.

La conclusion de ces observations est que la gangrène peut suivre les pansements phéniqués des doigts avec des solutions dont le titre varie de 1/40 à 1 0/0; même en dehors des états prédisposants à la gangrène tels que le diabète, l'albuminurie, l'alcoolisme ou l'endartérite.

La conclusion pratique est de supprimer les pansements phéniques au niveau des doigts et d'interdire aux pharmaciens de délivrer sans ordonnance des solutions d'acide phénique plus fortes que 1 0/00.

III

M. Mougeot (de Saïgon), se basant sur les expériences météorogéniques faites à Saïgon pendant dix ans (1881 à 1890) établit que la gravité et l'importance du choléra en Cochinchine est en rapport :

1° Avec l'élévation de la température, surtout lorsque la chaleur persiste la nuit.

2° Avec l'élévation des hauteurs barométriques.

3° Avec la coexistence des pluies et des fortes chaleurs.

5° Avec de grands mouvements de terrains.

IV

(*Séance du 15 janvier.*) — Dans notre précédente revue nous avions rapporté les opinions des accoucheurs, opinions peu favorables au procédé de Laborde ; M. Pinard revient sur la question, comme il l'avait annoncé, en l'élargissant et en rapportant les résultats de sa pratique pendant deux ans (décembre 1892 à décembre 1894).

« Sur 50 enfants nés en état de mort apparente, 24 furent ranimés après une simple désobstruction des voies respiratoires et la flagellation. Sur ces 24 enfants, 19 continuèrent à vivre et 5 moururent quelques heures ou quelques jours après.

« 14 autres enfants furent ranimés après désobstruction des voies respiratoires et insufflation pratiquée à l'aide du tube laryngien ; sur ces 14 enfants, 11 moururent quelques heures ou quelques jours après leur naissance, 3 continuèrent à vivre.

« 6 enfants furent ranimés après désobstruction des voies respiratoires, tractions rythmées de la langue et insufflation. Sur ces 6 enfants, 5 continuèrent à vivre et 5 moururent quelques jours après leur naissance.

« Enfin 6 enfants ne purent être ranimés, ni par la désobstruction des voies respiratoires, ni par insufflation, ni par tractions rythmées de la langue ; l'autopsie démontra chez tous des lésions ou des malformations incompatibles avec la vie.

Il est démontré par ces faits que dans la moitié des cas

(24 sur 50), la simple désobstruction des voies respiratoires jointe à la flagellation a été suffisante pour ramener la vie. M. Pinard trouve qu'il n'y a dans ces faits rien qui puisse établir la supériorité du procédé de Laborde sur l'insufflation. Nous nous permettrons de faire remarquer cependant que dans les 6 cas où la respiration a été ramenée par les tractions linguales, l'insufflation étant notée aussi, avait dû être insuffisante ; par conséquent le procédé de Laborde nous paraît avoir eu une action plus profonde puisqu'il a réussi alors que l'insufflation avait échoué.

M. Laborde a répondu à la séance suivante (22 *janvier*) en faisant la critique de la communication du Dr Pinard, qui ne prouve ni pour, ni contre son procédé. Il croit que les tractions rythmées n'ont pas été faites avec assez de persévérance ; dans les observations où la durée des tractions est indiquée, on voit qu'elles n'ont été continuées que pendant deux, trois, quatre, cinq minutes au plus. Il y aura lieu de faire de nouvelles expériences contradictoires.

Cependant les nombreux faits qu'il a publiés et qui proviennent d'un grand nombre d'observateurs ont établi d'une façon indiscutable que les tractions rythmées, faites pendant un temps suffisamment long peuvent ramener à la vie des nouveau-nés à l'état d'asphyxie ou de mort apparente, lorsque tous les autres moyens ont échoué.

M. Guéniot intervient pour dire que la question lui paraît encore indécise, car il a observé des cas où les tractions de la langue sont restées sans résultat et dans lesquels l'insufflation faite ensuite a permis de ramener la respiration.

M. Pinard a eu l'occasion, depuis la dernière séance, d'observer un nouveau cas de mort apparente chez un

nouveau-né : après désobstruction des voies respiratoires, tractions rythmées pendant cinq minutes sans résultat ; l'insufflation est suivie rapidement des mouvements respiratoires. « M. Laborde me reproche de ne pas avoir continué durant assez longtemps les tractions rythmées ; je lui ferai remarquer qu'au moment où je les cessai l'enfant ne respirait pas, était pâle et semblait devoir très rapidement succomber. »

V

M. Clozier (de Beauvais) lit un travail pour établir qu'il existe chez les hystériques à côté des points hystérogènes, des points amenant l'arrêt des attaques, des zones *hystéroclasiques*, comme il les appelle. « Ces zones ont pour siège : 1° la pointe du cœur (zone cardiaque) ; 2° le point culminant de la voûte palatine (zone palatine) et 3° le tiers supérieur de la membrane pituitaire (zone pituitaire »).

On a pu arrêter par une pression forte de trente secondes au niveau de la pointe du cœur, des attaques d'hystéro-épilepsie, des crises de somnambulisme, et des accès de toux nerveuse.

VI

(*Séance du* 22 *janvier*) — M. Poncet rappelle qu'il a présenté à l'Académie, il y a deux ans, le premier cas d'actinomycose humaine observé à Lyon ; l'année dernière un de ses élèves a publié dans sa thèse 4 observations provenant des hôpitaux de Lyon.

Depuis ce moment, M. Poncet a observé 6 cas dans son service. Cette fréquence dans son service lui fait penser qu'un grand nombre de cas sont encore méconnus. Les

6 cas nouveaux qu'il vient d'observer ont été certifiés par l'examen his ologique et par des cultures. Il y avait : 1° une actinomycose thoraco-pulmonaire, qui s'est terminée par la mort ; 2° une actinomycose du maxillaire supérieur gauche, avec disparition complète de cette partie du squelette, comme par un syphilome gommeux et propagation à la, base, suivie de mort ; 3° une actinomycose laryngée avec phlegmon cervical profond, étendu, cas également très grave et paraissant devoir se terminer par la mort ; 4° trois actinomycoses faciales, temporo-maxillaires, rappelant la forme la plus ordinaire de la maladie.

Le traitement de l'actinomycose doit être à la fois chirurgical (incision, drainage, curettage des abcès) et médical (iodure de potassium à hautes doses).

L'action favorable de l'iodure de potassium à hautes doses permet de penser qu'un certain nombre d'accidents guéris par ce médicament et attribués, à cause de cette action médicale, à la syphilis sont sous la dépendance de l'actinomycose.

Ces observations inédites, jointes à celles qui ont été publiées en France, portent à 22 le chiffre des actinomycosiques actuellement reconnus dans notre pays.

Dr Marc Jousset.

SOCIÉTÉ MEDICALE DES HOPITAUX

I. CYANOSE PAR MALFORMATION CARDIAQUE ET HYPERGLOBULIE. — II. MYXOEDÈME INFANTILE ET TRAITEMENT THYROÏDIEN. — III. LES DANGERS DE L'ALIMENTATION THYROÏDIENNE. — IV. MYÉLITES INFECTIEUSES EXPÉRIMENTALES A STREPTOCOQUES. — V. PLEURÉSIE POLYMORPHE COMPLIQUANT UNE ANGIOCHOLITE CALCULEUSE.

I

(*Séance du 11 janvier.*) — M. MARIE présente à la Société un homme de 32 ans, qu'il a dans son service depuis le 27 novembre dernier. Ce malade s'était présenté à la consultation avec un aspect légèrement cyanotique de la face et des mains; à l'auscultation du cœur, on constatait un roulement diastolique au niveau du 3e ou 4e espace intercostal et un souffle systolique, à maximum situé au niveau de l'appendice xyphoïde, un peu à gauche de cet appendice.

Au bout de quelques jours le roulement diastolique ne s'entendait qu'après avoir fait courir le malade.

L'absence du pouls veineux et des autres signes de l'insuffisance tricuspide et la cyanose devaient faire penser à une malformation cardiaque congénitale. En effet, depuis sa petite enfance le malade était pris d'étouffement dès qu'il voulait courir ou seulement marcher vite. Les doigts « présentent à un degré très marqué la déformation en baguette de tambour » ; de plus, il existe chez le malade plusieurs déformations du squelette, et on a signalé la coïncidence fréquente de ces déformations avec les malformations cardiaques.

L'intérêt de cette observation, c'est qu'elle a permis au Dr Marie de rechercher si le malade présentait de l'hyperglobulie, comme le fait a été signalé ces dernières années par quelques auteurs. L'examen du sang fait le 14 et le 27 décembre a donné, au lieu de la moyenne 5.250.000 globules rouges environ, 7.900.000 et 7.550.000.

Sous quelle influence se produit cette augmentation ! M. Marie pense qu'elle est causée par la gêne de l'hématose, gêne consécutive à la malformation cardiaque.

Il appuie cette opinion par la comparaison de ce qui se passe lorsqu'on examine le sang à diverses altitudes.

« La composition du sang de l'homme et des animaux varie suivant l'altitude à laquelle ils se trouvent et à toute augmentation d'altitude correspond une augmentation notablement proportionnelle du nombre des globules rouges du sang, ainsi qu'en témoigne le tableau suivant emprunté aux auteurs que je viens de citer :

Christiania (plaine)....	Nombre des globules rouges		4.970.000
Gottingen (148 mètres).	—	—	5.225.000
Tübingen (314 mètres).	—	—	5.322.000
Zürich (412 mètres)....	—	—	5.752.000
Görbersdorf (561 mètr.).	—	—	5.800.000
Reiboldsgrün(700 mèt.).	—	—	5.970.000
Arosa (1.800 mètres)...	—	—	7.000.000
Cordillères (4.392 mèt.).	—	—	8.000.000

« Ce tableau est particulièrement démonstratif, la concordance entre l'augmentation de l'altitude et celle du nombre des globules est telle qu'en l'absence de baromètre on pourrait presque s'en rapporter au chiffre des globules rouges trouvés dans le sang des habitants d'un village pour fixer l'altitude de ce village.

« L'étude des modalités qui président à cette hyper-

globulie (Viault), polycytémie ascensionnelle (Mercier), nous révèle des faits bien intéressants :

« Cette augmentation du nombre des érythrocytes se fait avec une remarquable rapidité, à tel point que Mercier a constaté chez sa fille, cinq heures après son arrivée à Arosa, une augmentation de 790.000 globules rouges ; fréquemment il a rencontré, chez d'autres personnes, une augmentation de 500.000 à 600.000 dans les premières vingt-quatre heures.

« Puis, dans les jours qui suivent, cette augmentation se continue, mais moins active, et cela pendant les deux premières semaines (von Jaruntowski et Schröder), à partir de cette date le chiffre des érythrocytes resterait stationnaire. »

Le contraire arrive lorsqu'on quitte les altitudes pour descendre vers la plaine : ainsi, Mercier, voit ses globules rouges, qui étaient à 7.100.000 à Arosa (1.800 mètres) tomber à 6.160.000, le lendemain du jour où il est descendu à Bâle.

La raréfaction de l'air faisant éprouver à l'organisme une certaine difficulté pour accomplir l'hématose, le nombre des globules augmente pour y suppléer.

A la séance suivante, M. Hayem vient appuyer cette opinion de son autorité ; dans une leçon clinique du 22 décembre dernier, à propos d'un malade atteint de cyanose par malformation cardiaque congénitale, il a montré l'existence d'une hyperglobulie analogue et il s'est basé sur l'hyperglobulie des altitudes pour expliquer le mécanisme de la production des globules rouges en nombre au-dessus de la moyenne.

M. Rendu a fait faire la numération des globules du

sang chez un malade de son service atteint de néphrite interstitielle avec hypertrophie ; présentant en outre de la dyspnée, avec cyanose. Le jour de la communication de M. Marie, il lui avait fait faire une saignée pour le soulager, et le lendemain de cette saignée on trouvait 6.300.000 globules rouges. Par comparaison l'examen du sang chez un emphysémateux dyspnéique, mais sans cyanose, n'a donné que 3.700.000 globules rouges.

II

MM. LEBRETON et VAQUEZ rapportent l'observation d'une petite fille de 3 ans atteinte de myxœdème : face bouffie, d'une couleur blanc jaunâtre ; nez cyanosé. « La langue est hors de la bouche : serrée entre les dents qu'elle écarte, elle permet à peine le passage de l'extrémité d'une petite théière par laquelle on glisse un peu de lait dans la bouche de l'enfant. Elle est tendue, dure, et ne peut être rentrée dans la cavité buccale. » Dentition incomplète et irrégulière, extrémités œdématiées, froides et cyanosées (asphyxie locale). L'intelligence est presque nulle, l'enfant ne marche pas.

Le traitement, commencé le 8 septembre, consiste en l'administration tous les deux jours de 20 centigrammes de corps thyroïde de mouton. « Le 15 septembre, la langue rentre dans la bouche, et l'enfant peut manger facilement. Son intelligence semble s'ouvrir ; l'enfant rit, s'égaie facilement, et les parents, qui viennent la voir à ce moment, trouvent un changement notable dans l'état physique et moral du sujet. L'asphyxie des extrémités a disparu. Les pieds et les mains ont repris leur volume normal. »

Le 1er octobre, on donne une dose quotidienne, mais

assez rapidement on doit revenir au premier mode de traitement, à cause d'une diarrhée abondante et plus tard d'une stomatite aphtheuse très douloureuse.

Depuis, l'état s'est beaucoup amélioré : « L'enfant marche seule ; huit dents ont poussé depuis le début du traitement. L'intelligence s'est ouverte, l'enfant s'amuse avec des jouets, mais elle ne parle pas encore. »

Les auteurs ont profité de cette malade pour faire des recherches sur les urines et le sang, pour rechercher les modifications qui pourraient y survenir sous l'influence du traitement thyroïdien.

Ils n'ont relevé du côté des urines qu'un peu d'albuminurie passagère.

Le sang a été examiné avant le commencement du traitement et six semaines après : le premier examen a donné :

Globules rouges...........	1.750.000	
Globules blancs...........	4.500	1/380
Hémoglobine...............	65	

Le second :

Globules rouges...........	2.450.000	
Globules blancs...........	9.600	1/240
Hémoglobine,.............	68	

Le chiffre des globules rouges s'est assez notablement relevé : mais il s'est produit une leucocytose évidente.

Dans le sang examiné avant le commencement du traitement thyroïdien, les auteurs ont trouvé quelques globules rouges nucléés tels qu'il s'en rencontre dans le sang fœtal.

III

(*Séance du* 18 *janvier.*) — M. Beclère fait la commu-

nication suivante que nous reproduirons in-extenso, le traitement thyroïdien étant tout à l'ordre du jour.

« Les dernières communications de M. Lebreton ont apporté à la Société de nouvelles preuves de l'admirable efficacité de l'alimentation thyroïdienne dans le myxœdème. Mais les avantages d'une si précieuse médication ne doivent pas faire oublier ses dangers qu'à cette occasion je voudrais rappeler. Dans l'étude des symptômes de l'intoxication thyroïdienne que je vous ai présentée au mois d'octobre de l'an passé, je considérais, d'après l'observation clinique, le suc thyroïdien ingéré à hautes doses, comme un poison du cœur, et je signalais les cas publiés en Angleterre de mort subite par syncope après ingestion de glandes thyroïdes de mouton.

« L'expérimentation sur les animaux est venue confirmer les enseignements de la clinique. Dernièrement, MM. Ballet et Enriquez vous rapportaient l'histoire d'un jeune chien intoxiqué par des injections sous-cutanées de suc thyroïdien et mourant au bout de huit jours dans le collapsus. Je pourrais à mon tour vous raconter qu'au bastion 29 où dernièrement le service des érysipèles m'était confié, j'ai profité du voisinage de l'abattoir de la Villette pour faire ingérer chaque jour à un singe macaque des glandes thyroïdes fraîches recueillies sur des moutons qu'on venait d'égorger, hachées finement, triturées avec du sucre et incorporées à de la confiture de groseille; l'animal prenait très volontiers cette mixture. Ce singe est mort le 15 décembre dans le collapsus, après dix jours d'alimentation thyroïdienne. Une première fois, au mois de novembre, sous l'influence de la même alimentation, il avait été tout près de mourir, et dès qu'elle avait été suspendue, avait rapidement recouvré toutes les apparences d'une

santé parfaite. Je me propose d'ailleurs de revenir quelque jour avec plus de détails sur les symptômes et les lésions qu'il a présentés.

« Je veux m'en tenir pour le moment aux faits de la médecine humaine. Or, j'ai entendu dire que dans nos hôpitaux un adulte et un ou même deux enfants soumis, dans un but thérapeutique, à l'alimentation thyroïdienne, avaient brusquement succombé. Si le fait est vrai, qu'il me soit permis de regretter que, dans l'intérêt général et pour mettre en garde les praticiens contre le retour de si fâcheux accidents, ceux qui en ont connu les détails n'aient pas cru devoir encore les publier. Je tiens au moins à insister sur la grande prudence qu'exige le traitement thyroïdien. Le pouls est en pareil cas le meilleur guide, il doit être chaque jour attentivement consulté. Il importe de tenir grand compte de son augmentation de fréquence, mais plus encore peut-être de sa mobilité et de son instabilité qui peuvent être telles, comme je l'ai montré, qu'en un instant, sous l'influence du moindre effort, le nombre des pulsations s'élève de 110 à 160. Je tient à répéter qu'une précaution très utile, surtout au début du traitement, est de prescrire aux malades soumis à l'alimentation thyroïdienne le séjour au lit ou tout au moins le repos à la chambre avec recommandation expresse d'éviter tout effort, tout mouvement capable d'augmenter brusquement le travail du cœur. J'ajoute que cette surveillance et ces recommandations ne doivent pas prendre fin quand le traitement est suspendu, car le suc thyroïdien, si différent par ses effets de la digitale, semble posséder le même pouvoir accumulatif que ce médicament. Son action dépressive sur le cœur peut se faire sentir seulement plusieurs jours après le début du traitement et continuer

aussi plusieurs jours après son interruption. Parmi les malades morts subitement en Angleterre, certains n'ingéraient plus de glandes thyroïdes depuis quelques jours déjà. Vis-à-vis de l'aliment curateur, les divers individus réagissent, d'ailleurs, de façon fort différente, et c'est par de sages tâtonnements qne doit être atteinte la dose utile et non dangereuse, variable pour chaque malade. »

IV

MM. Widal et Bezançon dans le but de produire des myélites expérimentales à des lapins, ont inoculé 116 lapins de novembre 1893 à mai 1894, avec des streptocoques, provenant de sources très diverses. Chez 7 animaux, il y a eu des myélites, commençant de sept jours à deux mois après l'inoculation. Ces streptocoques qui ont déterminé ces myélites « provenaient d'une bouche érysipélateuse, d'une bouche de varioleux, d'une bouche normale, de l'utérus d'une femme atteinte d'infection puerpérale et d'une fausse membrane pseudo-diphtérique de la gorge ». Dans 2 de ces cas, il y avait eu un érysipèle intense, dans les autres une légère tuméfaction de l'oreille.

« Dans 4 cas, les troubles moteurs ont revêtu l'allure d'une paraplégie flasque du train postérieur, accompagnée de fièvre, d'incontinence des matières, de troubles respiratoires. Une fois, la paralysie était devenue partiellement ascendante et avait gagné le membre antérieur du côté droit. Cette paraplégie flasque a toujours eu une évolution rapide variant entre deux, trois et quatre jours et s'accompagnant en général de fièvre et d'amaigrissement musculaire très marqué.

« Dans trois cas, nos animaux ont présenté des contractures d'une allure toute spéciale ; deux fois, ces con

tractures étaient généralisées aux quatre membres, au tronc et même à la tête qui était renversée en opistothonos ; une fois elles étaient localisées à un seul côté du corps, s'exagéraient à certains moments par paroxysme et donnaient à l'animal les attitudes les plus bizarres. La tête était dans ce cas, inclinée à droite en contracture, de même que la moitié du corps qui faisait arc de cercle. L'animal était pris à certains moments de mouvements gyratoires, ses yeux étaient convulsés en haut et présentaient des oscillations nystagmiformes verticales. L'animal mourut treize jours après le début de ses contractures avec une température de 41°. Depuis le jour de l'inoculation, la température n'avait d'ailleurs cessé d'être élevée.

Les lésions trouvées à l'autopsie sont identiquement celles que l'on rencontre dans la myélite diffuse, dite spontanée de l'homme.

V

M. Galliard vient rapporter une observation très intéressante de pleurésie, qu'il appelle *pleurésie polymorphe*, pour exprimer que cette pleurésie était formée de plusieurs loges contenant les unes de la sérosité, les autres du pus.

Voici l'histoire très résumée de la malade.

Dame de 35 ans, d'une bonne santé antérieure, prise le 3 août dernier d'une colique hépatique intense avec ictère suivie d'angiocholite caractérisée en particulier par des accès de fièvre de forme intermittente à intervalles irréguliers.

A partir du 18 août, signes de pleurésie à la base gauche qui vont en s'accentuant.

Après diverses alternatives le 19 septembre, la malade

étant dans un état alarmant, M. Galliard pratique la thoracentèse avec l'appareil Potain et retire 200 grammes environ de pus non fétide.

Le lendemain opération de la pleurotomie en prenant pour point de repère la piqûre faite la veille. Comme il ne jaillit pas de liquide, M. Galliard élargit l'incision vers la colonne vertébrale et voit s'écouler une grande quantité de sérosité. L'examen digital de la cavité pleurale fait quelques jours après montre que ce pus provenait d'une autre loge pleurale qui en contenait encore une petite quantité.

M. Galliard, assista le 24 octobre dernier à une autopsie du service de M. Millard à Beaujon ; un homme de 62 ans avait un épanchement séreux très abondant du côté droit et une pleurésie diaphragmatique purulente du même côté. Il pense donc que les pleurésies polymorphes ne sont pas absolument rares.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

PRONOSTIC EXPÉRIMENTAL DE TUBERCULOSES VISCÉRALES A BACILLES ATTÉNUÉS. (*Semaine Médicale*, novembre 1894.)

MM. J. Courmont et Denis (de Lyon) ont fait quelques expériences sur la virulence des bacilles tuberculeux contenus dans certaines tuberculoses viscérales à pronostic relativement bénin.

M. Arloing avait étudié depuis longtemps la virulence des tuberculoses chirurgicales, locales, scrofuleuses, tuberculoses bénignes et guérissables. Il s'était servi de la méthode de l'inoculation sous-cutanée de la lésion au lapin et au cobaye. Les animaux sont sacrifiés au bout de deux mois. La tuberculose locale, scrofuleuse, tuberculise le cobaye, mais respecte le lapin. La tuberculisation du lapin est la pierre de touche de la virulence des lésions. Dans quelques cas les tuberculoses locales infectent les lapins ; ce sont celles qui se généraliseront même si on les opère.

MM. Courmont et Denis ont suivi la même méthode pour étudier certaines tuberculoses pulmonaires à marche lente et à pronostic favorable.

1° Tuberculose pulmonaire datant de cinq ans, ayant occasionné peu de fièvre et ayant peu retenti sur l'état général malgré des signes cavitaires évidents. Les crachats inoculés tuberculisent le cobaye et respectent le lapin.

2° Observation d'un homme atteint depuis sept ans de tuberculose laryngo-pulmonaire, avec lésions du testicule et de la langue mais avec conservation d'un état général

très satisfaisant. Le larynx est infiltré de tuberculose, les deux sommets sont indurés. Les crachats inoculés tuberculisent le cobaye et laissent les lapins indemnes.

3° Tuberculose à marche rapide qui a tuberculisé lapins et cobayes.

4° Il s'agit enfin d'une femme atteinte de fonte rapide des deux ponmons. Malgré l'évolution rapide de l'affection qui se termina par la mort, les bacilles des crachats tuberculisèrent les cobayes et respectèrent les lapins. Il s'agissait en réalité d'une fonte purulente des poumons par infection secondaire de microbes pyogènes ; la tuberculose était bénigne, c'est un microbe pyogène associé qui tuait la malade.

La bénignité de certains cas de tuberculose pulmonaire ne pouvant forcer la résistance du lapin, ne tient pas au *petit nombre de bacilles* contenus dans les lésions mais bien à leur *atténuation*. Les crachats, en effet, fourmillent de bacilles.

La question difficile à résoudre est celle de savoir si les bacilles étaient primitivement atténués ou s'ils se sont atténués en présence d'un mauvais terrain.

Le phosphore contre le diabète d'origine nerveuse. (*Tribune Médicale*, nov. 1894. Dr Cazenave de La Roche.)

Il est relaté l'observation d'un docteur en médecine, qui, après avoir été diabétique (gras) pendant plusieurs années avait été radicalement guéri par l'usage du phosphore pris à doses très petites, 0,001 milligramme matin et soir pendant plusieurs jours. — Le diabète devait prove-

nir d'une lésion des nerfs vagues, et d'un double surmenage moral et musculaire.

Accidents consécutifs a l'emploi de l'iodoforme. (*Revue internationale de médecine et de chirurgie pratiques*, nov. 1894.)

1° *Accidents locaux.* — Généralement peu graves. Petites érosions érythémateuses sans importance, ou lésion locale simulant un phlegmon ou un érysipèle. Il existe aussi quelquefois de l'eczéma. Cet eczéma est très violent, cause de vives cuissons;

2° *Accidents généraux.* — Ils ne sont pas précédés de lésions locales, et sont dus le plus souvent à de fortes doses d'iodoforme administrées soit par l'estomac, soit par la peau. L'éruption polymorphe ressemble tantôt à celle de la scarlatine, tantôt à celle de la rougeole ou de l'urticaire; d'autres fois, l'érythème est bulleux ou vésiculeux; beaucoup plus rarement il se produit des éruptions purpuriques. Si l'intoxication est légère, les troubles gastriques prédominent: dégoût pour les aliments qui ont la saveur de l'iodoforme; nausées; rarement vomissements et diarrhées. On constate aussi de l'insomnie, de l'agitation, du délire nocturne. Durant le jour il y a de la mélancolie, de la tristesse. Parfois il se produit de l'infection des conjonctives avec larmoiement, du coryza, de la sécheresse de la gorge, de la diminution de l'acuité visuelle avec diplopie, des bourdonnements d'oreilles. Tous ces accidents peuvent disparaître immédiatement après l'enlèvement de l'iodoforme oudurer quelques jours, quelques semaines et quelquefois plus d'un mois.

En cas d'intoxication grave, les troubles digestifs sont très accusés, l'amaigrissement rapide. Le délire est intense, le malade défait son pansement, a des hallucinations, lutte contre l'entourage, cherche à suicider. Il y a céphalalgie intense, trouble de la mémoire, difficulté de la parole.

La fréquence du pouls est d'autant plus grande que l'état est plus grave; fréquemment il y aurait peu ou pas de fièvre. Il y a parfois de l'albuminurie avec production de néphrite parenchymateuse aiguë. La guérison est le plus habituellement lente et suivie quelquefois d'un véritable état d'aliénation mentale. La mort, quand elle survient, s'accompagne d'une accélération de plus en plus considérable du pouls, de dépression, de collapsus profond et enfin de coma.

LE PLANTAIN DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES. (*Dr Pinard, traduction du Dr Wuillot. Revue. homœopathique belge*, août 1894.)

M. le Dr Pinard rapporte que l'on peut employer avec avantage le *plantain*, *plantago major*, dans les fièvres intermittentes. Ce médicament serait également employé avec succès dans les états de grippe infectieuse et remplacerait l'*antipyrine* et la *quinine*, sans en avoir les inconvénients. Le Dr Pinard fait paraître l'observation d'une jeune femme à laquelle il fut appelé à donner ses soins; cette femme, âgée de 29 ans, était d'une constitution délicate. A la suite d'une atteinte d'influenza, elle devint enceinte ce qui amena des phénomènes réflexes insupportables et lui fit appeler son médecin. Elle éprou-

vait le soir des frissons qui commençaient par les genoux et persistaient longtemps. Au bout d'un certain temps elle avorta. Les frissons se répétaient plus fréquemment, la température allait de 38°,5 à 39°,5 et la crise se terminait par une sueur copieuse.

Le Dr Pinard se rendit compte qu'il se trouvait en présence d'une fièvre paludéenne à tendance pernicieuse. A 2 heures du matin le thermomètre marquait 36°, montait rapidement à 38°,5 et 39°,5 pour descendre lentement à 37° gardant le même degré jusqu'à l'heure du début. Après cinq ou six jours, deux cycles thermiques s'accusèrenttou tes les douze heures au même degré, l'apyrexie devenant de plus en plus courte et la température atteignant 40°.

Plantago 3ème décimale, III goutes dans 150 grammes d'eau, à prendre une cuillerée à soupe toutes les deux heures, apporta promptement une grande amélioration. Le médicament fut interrompue au bout de cinq jours. L'état intermittent ayant reparu on reprit *plantago* dont l'effet attendu se produisit instantanément. Au bout de sept jours un léger frisson étant survenu, on ordonna *tarentula* et *plantago* alternés et la *guérison complète fut obtenue.*

La frigothérapie

M. Raoul Pictet a fait des expériences sur les effets produits par un refroidissement intense : il a construit un puits frigorifique pouvant amener un froid de — 100° à 110°. Il a constaté sur lui-même que l'appareil digestif recevait un stimulant si puissant, qu'en quelques minutes

se produisait une *faim intense* ainsi qu'une augmentation de la circulation sanguine.

« J'étais atteint depuis plus de six ans d'une affection d'estomac tellement douloureuse que je redoutais chaque digestion, et j'avais perdu presque le souvenir de ce qu'on nomme l'appétit.

« Je descendis donc dans le *puits frigorifique* le 23 février 1894, bien entouré d'une pelisse et de vêtements épais. Au bout de *quatre minutes*, l'impression de *fringale* commença, donnant progressivement la *sensation douloureuse de la faim* pendant les quatre minutes suivantes. Je sortis du puits avec un désir impérieux de manger.

« Au bout de quelques expériences répétées les jours suivants, les digestions furent absolument bonnes, rapides et *sans douleur*.

« Après huit opérations analogues de huit à dix minutes chacune, j'étais *absolument guéri*, et aujourd'hui je n'ai jamais eu d'estomac plus valide et plus complaisant.

« Je désigne sous le nom de *frigothérapie* cette méthode nouvelle d'agir sur l'appareil digestif; elle consiste, ainsi que je l'ai dit, à utiliser le rayonnement aux très basses températures, opérant sur le patient bien couvert de pelisses. » (*Semaine médicale*, 5 décembre.)

Effets de l'ablation des glandes a venins chez la vipère.

MM. Phisalix et Bertrand, dont nous avons déjà reproduit les travaux sur le sang des serpents, désirant élucider la question de savoir si le venin des serpents provenait des principes toxiques existant dans leur sang ou d'une

sécrétion interne des glandes à venins, ont enlevé ces glandes à un certain nombre de vipères et on fait des expériences comparatives sur la toxicité du sang de ces reptiles. Ils ont constaté que le sang devenait moins toxique par l'ablation des glandes à venins et ils concluent que la toxicité du sang dépend d'une sécrétion des glandes à venins. (*Semaine médicale*, 28 novembre.)

LEUCÉMIE SPLÉNIQUE AMÉLIORÉE PAR L'ARSENIC.

M. Taylor rapporte à la Société clinique, de Londres, un cas de leucémie splénique, très rapidement améliorée par l'arsenic à hautes doses et les inhalations d'oxygène. Le malade avait une rate très volumineuse, qui occupait presque toute la moitié gauche de l'abdomen ; le sang contenait 1.000.000 de leucocythes et 1.880.000 globules rouges par millimètre cube ; il n'existait ni hypertrophie des ganglions lymphatiques, ni albuminurie.

On fit inhaler au malade 30 litres d'oxygène chaque jour et on lui donna d'abord 5 gouttes de liqueur de Fowler trois fois par jour, dose progressivement portée à 15 gouttes trois fois par jour. Quinze jours après le début du traitement, 3.080.000 globules rouges et 470.000 leucocythes ; six mois après, 3.630.000 globules rouges et 20.000 globules blancs. En même temps, réduction considérable de la rate et amélioration. (*Semaine médicale*, 5 décembre.)

TRAITEMENT DES KYSTES SYNOVIAUX PAR DES INJECTIONS D'IODE.

M. Simon Duplay a indiqué un nouveau traitement

des kystes synoviaux, et particulièrement des ganglions du poignet. Après avoir aseptisé la peau, il pique le ganglion avec une seringue de Pravaz remplie d'iode; il a soin avant d'enfoncer l'aiguille, de tirer un peu sur la peau, pour détruire le parallélisme entre la plaie de la peau et celle du kyste. L'aiguille étant enfoncée au milieu du ganglion, il pousse d'un seul coup de V à XII gouttes de teinture d'iode, suivant le volume du kyste. Après quelques secondes, on retire vivement l'aiguille en ayant soin de comprimer le kyste avec le doigt. On applique ensuite un bandage ouaté serré, qu'on laisse en place trois à quatre jours. Cette injection d'iode est peu douloureuse.

Lorsqu'on enlève le bandage, si le kyste est bien diminué de volume, on remet un nouveau pansement et au bout de quelques jours, on trouve le kyste revenu sur lui-même et remplacé par une petite masse indurée. S'il n'a pas diminué beaucoup quand on enlève le premier pansement, on fait une nouvelle injection d'iode. (*Semaine médicale* 3 décembre.)

TRAITEMENT DE LA CACHEXIE PALUDÉENNE PAR DES INJECTIONS HYPODERMIQUES D'EXTRAIT SPLÉNIQUE.

Voici une nouvelle application des produits préparés suivant la méthode de Brown-Séquard, que nous trouvons dans la *Semaine médicale* du 7 novembre 1894.

Chez deux malades atteints d'une cachexie paludéenne (avec tuméfaction considérable de la rate), qui s'étaient montrés rebelles aux moyens ordinaires du traitement, M. le Dr G. Cousin, ex-prosecteur à l'École de médecine de Marseille, a eu recours avec succès aux injections sous-

cutanées de suc splénique, extrait de la rate fraîche du mouton, puis filtré et stérilisé au moyen de l'appareil d'Arsonval.

Notre confrère a commencé par injecter 1 gramme de cet extrait, dont il a ensuite porté la dose jusqu'à 8 et 10 grammes. Ces injections, pratiquées quotidiennement, avaient souvent pour effet immédiat d'augmenter la quantité des urines; parfois, elles provoquaient des sueurs assez abondantes ou une légère élévation de température. Comme réaction locale, elles ont amené trois fois l'apparition de nodules indurés, gros comme des noisettes. Quant à leur effet thérapeutique, il s'est manifesté rapidement par la diminution du volume de la rate, la disparition des douleurs dues à la tuméfaction de cet organe, le rétablissement de l'appétit et des forces, l'augmentation du poids du corps et du nombre des érythrocytes.

Après environ 35 injections, ces deux malades pouvaient être considérés comme guéris.

Dr SILVA.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

MARS 1895

LE Dr CRETIN

Un nouveau deuil vient de frapper le corps médical homœopathique de Paris si cruellement éprouvé depuis plusieurs années. Un de ses membres les plus anciens et les plus estimés, le Dr Cretin, a succombé à Versailles, le 8 février 1895.

Bien qu'il n'exerçât plus depuis plusieurs années et qu'il se fût éloigné de Paris, la mort du Dr Cretin causera, j'en suis persuadé, de vifs et sincères regrets à toutes les personnes qui l'ont connu et qui ont pu apprécier les qualités du cœur et de l'esprit, qu'il possédait à un si haut degré. Le Dr Cretin a été une des figures les plus originales et les plus intéressantes du monde médical homœopathique, un des médecins les plus répandus de Paris, un de ceux qui ont joué, au point de vue de la propagation de la doctrine, un rôle prépondérant, autant par le nombre et la valeur de ses travaux, que par ses efforts pour la création de l'hôpital Saint-Jacques.

Cette longue existence de probité et d'honneur toute consacrée au travail est un modèle pour les jeunes générations et le rédacteur en chef de l'*Art médical* a sagement pensé, en voulant consacrer à son ami, autre chose et plus, que quelques lignes d'un banal article nécrologique. Honorer les nôtres, n'est-ce pas nous honorer nous-

mêmes? Je le remercie du fond du cœur de m'avoir demandé cette notice. Vingt années d'intimité quotidienne qu'aucun nuage n'a obscurcie, m'ont permis d'apprécier cette nature d'élite et de connaître à fond cette vie si bien remplie. La raconter brièvement, sera pour moi tout à la fois, une douloureuse et douce compensation au regret de n'avoir pu la prolonger et le dernier témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

Le Dr Cretin est né le 17 mai 1820, à Villars-les-Blamont, petit village du département du Doubs, perdu au milieu des montagnes du Jura, à la frontière de Suisse. Son père y était receveur des douanes. C'est dans ce superbe pays à la fois riant et sévère que s'écoula son enfance, aimé et choyé par sa mère et ses quatre sœurs plus âgées que lui. Combien dut être intense le souvenir de sa jeunesse et du bonheur qu'il trouva au foyer paternel, si l'on en juge par l'empreinte ineffaçable qu'il a laissée dans son cœur et par le plaisir qu'il avait, arrivé à un âge déjà avancé, à raconter ce temps de sa vie, la tendresse des siens, ses innocents méfaits d'enfant gâté, que ses sœurs cachaient à la sévérité paternelle. Bien souvent, pendant les vacances qu'il prenait chaque année, il retournera à son village, comme à un pieux pèlerinage, et bien souvent aussi, ses regards attendris se fixeront sur un tableau représentant la vieille maison aux volets verts, qui abrita ses premières années.

Mais l'enfant grandit, et bientôt le maître d'école n'a plus rien à lui apprendre. Désireux de lui donner une solide instruction, son père le fait entrer au petit séminaire de Vaux, où il reste plusieurs années, puis au collège de Lons-le-Saulnier. Il y achève de brillantes études

scientifiques et littéraires, remportant chaque année tous les premiers prix de sa classe. Le moment de choisir une carrière est arrivé, il veut être médecin et part pour Strasbourg. C'est dans cette Faculté qu'il fait toutes ses études médicales, il passe ses examens avec succès et est reçu docteur en 1845, laissant à ses maîtres le souvenir d'un élève studieux et intelligent et à ses camarades, celui de sa franche cordialité et de l'aménité de son caractère.

Sur ces entrefaites, la santé de sa mère, pour laquelle il avait un véritable culte, devient chancelante, et c'est à Villars-les-Blamont qu'il fixe sa résidence, pour ne pas s'éloigner d'elle et de sa famille. Le voici médecin de campagne, parcourant du matin au soir, par tous les temps, les mauvaises routes d'un pays accidenté où les hivers sont rudes, la vie difficile et menant cette exténuante existence, qui est celle de nos confrères de province. Peu de temps après son installation, il se trouve aux prises avec deux terribles épidémies de fièvre typhoïde et de diphtérie et aussi mal armé contre ces redoutables maladies qu'on l'était à cette époque, il éprouve de nombreux insuccès, qui le dégoûtent de la pratique médicale et il renonce à l'exercice de sa profession.

Ces insuccès, ces décès nombreux qu'il constate autour de lui, furent-ils bien les seuls motifs qui le décidèrent à abandonner la médecine ? Je n'oserais l'affirmer, à cette époque, 1847-48, dans toute la France et plus spécialement en Franche-Comté, où les opinions politiques ont toujours été avancées, les idées républicaines se propageaient, gagnant chaque jour du terrain, un besoin de réformes agitait les esprits et devait bientôt amener la chute de Louis-Philippe. Par le fait de son éducation

libérale, du milieu dans lequel il avait vécu, de ses relations et aussi de la générosité de son cœur et de son caractère, le Dr Cretin, emporté par la fougue de la jeunesse, devait adopter les idées nouvelles et être entraîné vers la politique. C'est à Paris le centre du mouvement, qu'il prend la résolution d'aller, après le 24 février. Il y retrouve Proud'hon, son compatriote et son ami, dans tout l'éclat de son talent, à la tête d'un journal : *Le Peuple.* Il devient un des plus brillants rédacteurs de ce journal, il fait la sténographie des séances de la Chambre et lors des élections de la Législative, il se présente à la députation en Franche-Comté, contre Montalembert et échoue de quelques voix seulement.

Le coup d'Etat brise sa carrière politique et de journaliste et il se retrouve à Paris presque sans ressources, malade, vivant difficilement, lorsque, sur les instances de son ami Pierre Petroz qui veut le guérir par l'homœopathie, il consent à se rendre auprès du Dr Petroz qui lui donne ses soins, lui rend la santé et le ramène à la médecine, en l'initiant à la doctrine homœopathique, en l'associant à ses travaux et en l'introduisant dans sa clientèle. De ce jour, il se consacre tout entier à l'étude de l'homœopathie, à l'exercice de la médecine et renonce pour toujours à la politique. Toute sa vie, il fut un républicain sincère et honnête, un républicain de 48, rêvant un idéal de justice et de fraternité, conservant, inébranlable dans l'avenir, une confiance que les banqueroutes successives de l'idée républicaine avaient cependant sensiblement amoindrie. Il avait un sens politique profond et bien souvent j'ai pu vérifier la justesse de ses appréciations ; il se trompait rarement dans la critique des faits et des événements

et en a trop souvent prophétisé les fatales conséquences.

Après la mort de Petroz, qu'il entoure de soins pieux et filiaux, sa clientèle ne tarde pas à augmenter d'une façon rapide, il devient bientôt un des médecins les plus occupés de Paris. Ceux qui l'ont connu ne seront pas étonnés de ce résultat. Il apportait, en effet, dans l'exercice de la médecine, des connaissances sérieuses, un coup d'œil exercé, une probité à toute épreuve et la bonté qui sait compatir aux maux des malades, les réconforter et les encourager au milieu des pires souffrances. La bonté fut avec la tolérance, les caractéristiques de ce noble cœur. Sa bonté ne s'adressait pas seulement aux malades, elle s'étendait aux faibles, aux déshérités et s'ingéniait à les secourir, à les protéger. Ce n'était pas en vain que l'infortune frappait à sa porte, elle la trouvait toujours ouverte et sa bourse aussi, il y puisait largement pour venir en aide à ceux qui s'adressaient à lui. Il prodiguait ses conseils médicaux à tous ceux qui les lui demandaient, sans songer aux honoraires qu'il ne devrait jamais réclamer ni toucher. Et s'il faisait une différence entre ses clients nécessiteux et ses clients riches, c'était pour consacrer aux pauvres plus de temps et apporter plus de soin à sa consultation.

Sa modestie seule était égale à sa bonté, il se cachait presque pour faire le bien et il fallait, comme je l'ai fait, vivre dans sa plus complète intimité ou être chargé de la distribution des secours qu'il répandait autour de lui, pour les connaître. Combien est grand le nombre des services qu'il a rendus, éloignant le désespoir et la misère des personnes qu'il visitait et soutenait de ses bonnes et affectueuses paroles et d'une aumône toujours faite avec un tact exquis. Non seulement il donnait, mais il savait

donner. Et s'il ne trouvait pas toujours la reconnaissance qu'il était en droit d'espérer, il n'en était pas surpris, ne s'en fâchait pas, il excusait presque l'ingratitude et n'en continuait pas moins à être aussi charitable que par le passé.

Il ne fut pas moins tolérant que charitable. Il admettait volontiers que chacun eût des opinions contraires aux siennes et les défendît. Très ferme et très précis dans ses conceptions philosophiques et scientifiques, il les soutenait avec énergie, mais jamais avec aigreur ou violence. Seule « la bêtise humaine », comme il le disait avec enjouement, ne trouvait pas grâce devant lui et il la fuyait du plus loin qu'il l'apercevait. Certes, il dut la rencontrer souvent, ce qui expliquerait la vie paisible, retirée, de famille, qu'il aimait et qu'il avait choisie, fuyant le monde et ses obligations et ne vivant en dehors du travail que pour les siens et les amis éprouvés dont il sut s'entourer. Dès que sa situation de fortune le lui permit, il fit venir de province son père, ses sœurs et ses nièces et il ne fut véritablement heureux, que lorsqu'il put les réunir sous son toit et les entourer, jusqu'à leur mort, de soins affectueux et dévoués.

Le Dr Cretin fut un écrivain remarquable, possédant sa langue à fond, il la maniait d'une façon irréprochable. C'est surtout comme critique et polémiste qu'il montra des qualités de premier ordre, on retrouve dans presque toutes ses œuvres ce tempérament de journaliste qui lui valut de si retentissants succès au *Peuple.* La plupart de ses travaux et les plus brillants : *l'Empirisme, le Choléra, la Fièvre typhoïde,* furent œuvres de polémique et de critique. Les qualités essentielles de son style : la fougue, le trait

mordant et spirituel sans être jamais désobligeant ou méchant, la promptitude à l'attaque ou à la riposte, la sévérité de la logique, éclatent à chaque page, de même que l'on peut constater dans ses ouvrages purement didactiques, l'ordre, la clarté et la puissance de la dialectique.

Le Dr Cretin avait moins de charme comme orateur que comme écrivain. Un léger défaut de prononciation, une certaine monotonie dans le débit, nuisaient à sa parole, cependant facile et toujours abondante. Il fut, néanmoins, parmi les membres de la Société homœopathique, un des orateurs les plus goûtés et un de ceux qui sut le mieux remplir les séances par l'éclat et la fréquence de ses communications verbales. Grâce à la variété et à l'étendue de ses connaissances, sa conversation était pleine d'attraits. Il pouvait aborder tous les sujets, mais la politique, la littérature, la philosophie et l'histoire étaient ceux qu'il préférait, dont il aimait le plus à s'entretenir et qu'il traitait avec le plus d'autorité.

Les œuvres médicales du Dr Cretin sont nombreuses, beaucoup ont paru dans le *Bulletin de la Société Homœopatique* : ce sont des cliniques, des monographies, telles que celle de l'eczéma et son traitement, des discussions variées sur des questions de pathologie et de thérapeutique. Mais ce n'était là, en quelque sorte, que la menue monnaie de travaux plus importants, qu'il fit paraître successivement.

En 1863, le Dr Cretin publia, chez Baillière, un volume intitulé : *De l'empirisme et du progrès scientifique en médecine*, à propos des conférences faites par Trousseau, à l'Association polytechnique et qui avaient pour but, de mettre les ouvriers en garde contre les dangers de l'empi-

risme et du charlatanisme. De toutes ses publications, celle-ci, la première qu'il fit dans ce genre, en plein épanouissement de sa vigueur intellectuelle, fut toujours préférée par le Dr Cretin. L'adversaire qu'il devait réfuter et combattre occupait une situation considérable et était digne de lui. On retrouve au plus haut degré dans ce volume, ce sens profond de la logique qui le caractérisait en même temps que l'éclat d'un style abondant et imagé. Les questions les plus élevées de philosophie médicale sont traitées avec une rare puissance, on sent dans cet ouvrage une conviction profonde et sincère qui s'impose au lecteur par la fermeté et l'énergie de l'auteur. Plusieurs chapitres sont écrits de main de maître, dans une langue superbe, pleine de force et d'entrain, particulièrement ceux intitulés « Responsabilité médicale » et « Homœopathes et Homœopathie ». Nulle part, je n'ai trouvé, exposée d'une façon plus magistrale, une réfutation plus sérieuse et plus scientifique des banales critiques adressées à l'homœopathie. Dans ces pages éclatent la révolte de l'honnête homme, qui a consacré sa vie à la recherche de la vérité et qui s'insurge contre l'indignité dont on veut l'accabler, en le mettant au rang des pires charlatans.

Le Dr Petroz avait recueilli pendant sa longue carrière une quantité considérable de documents médicaux ; en 1852 il avait formé le projet de les réunir et d'exposer les résultats de sa grande expérience. Dès 1853, le Dr Cretin fut chargé par lui de faire de nombreuses recherches bibliographiques, mais les exigences de la clientèle ne permirent pas au Dr Petroz d'entreprendre la publication d'un ouvrage aussi important. Il commença cependant son « Introduction aux études homœopathiques » que sa

mort, survenue en 1859, l'empêcha d'achever. Ce sont ces travaux divers, que le Dr Cretin présenta au monde médical, en 1864, sous le titre de : *Etudes de thérapeutique et de matière médicale.* Cinq années furent employées à ce long travail qui comprend la vie de Petroz, et un aperçu sur ses travaux, sa doctrine médicale, ses opinions et sa pratique. On y trouve aussi la thèse de Petroz, les articles qu'il écrivit pour le *Dictionnaire des Sciences médicales* de Panckouke, l'introduction inédite aux études homœopathiques, les cinq lettres à un médecin de province sur l'homœopathie, des observations d'hallucinations produites par des médicaments, les mémoires sur la sycose, sur l'érysipèle, les notes sur le traitement de la fièvre typhoïde, les observations pratiques, les renseignements pratiques, enfin les pathogénésies de onze médicaments nouveaux et le répertoire qui ne comprend pas moins de 342 médicaments et qui témoigne du labeur et de l'énergique volonté déployée par le Dr Petroz pour mener à bonne fin une aussi considérable entreprise.

Le Dr Cretin apporta, dans cette publication, un soin pieux à conserver intactes les opinions de Petroz. Il avait vécu plus de dix ans auprès de lui, recueillant son enseignement et il a voulu le transmettre tel qu'il l'avait reçu, sans le modifier. Lui-même dut se livrer à un travail opiniâtre pour réunir tous ces matériaux épars, ces notes prises au jour le jour et constituer un répertoire aussi complet et aussi pratique. J'ai souvent entendu dire au Dr Cretin, que de tous ces travaux, celui-ci avait été le plus aride, qu'aucun ne lui avait pris plus de temps et donné plus de peine ; mais il ne regrettait ni l'un ni l'autre, heureux qu'il était d'avoir donné à son maître, à

celui auquel il devait tant, ce témoignage de filial respect.

La question des doses a, depuis l'origine de l'homœopathie, sollicité l'attention des médecins et fait naître les polémiques les plus vives. Tandis que les hahnemanniens purs, oubliant que les premiers et incontestables succès obtenus par Hahnemann, l'avaient été avec des doses pondérables, renchérissant sur les préceptes du maître et plus royalistes que le roi, n'acceptent, dans tous les cas, que les plus hautes atténuations, d'autres, au contraire, plus éclectiques et plus préoccupés de l'homœopathicité du médicament que de son infinitésimalité, les prescrivent à toutes doses et professent que selon les doses, on obtient des effets différents. Le Dr Cretin appartenait à cette dernière catégorie, quoiqu'il eût été élevé à l'école des doses infinitésimales, dont se servait presque exclusivement le Dr Petroz, à la fin de sa vie. Dans un mémoire publié en 1882, intitulé : *Question des doses, hahnemannisme et homœopathie* et présenté au Congrès de Londres, le Dr Cretin livre toute sa pensée à ce sujet.

Avec le Dr Simon père, il admet : « Que l'effet curatif est d'autant plus sûr, d'autant plus constant, que la dose du médicament est plus rapprochée de celle qui exciterait la plus légère exacerbation des symptômes existants ; et l'effet curatif d'autant plus incertain, d'autant plus rare, que la dose du médicament détermine des symptômes pathogénétiques plus marqués et en plus grand nombre. »

Le Dr Cretin cherche la solution des deux problèmes qui découlent de cette loi.

« 1° Pour chaque médicament, quelles sont les limites de son action thérapeutique, en d'autres termes, à quelle

dose supérieure commence son action, à quelle dose inférieure, à quelle atténuation cesse-t-elle ? »

« 2° Ces limites étant fixées, quelle est pour chaque cas, la dose qui se montre la plus efficace, forte, faible, ou même infinitésimale ? ».

Ecartant ainsi les hypothèses, les métaphores hahnemaniennes, il fait rentrer la solution de la question dans la méthode expérimentale.

Hahnemann est arrivé aux doses infinitésimales par la crainte de l'aggravation médicamenteuse et la nécessité pour produire la guérison de rendre cette aggravation aussi peu forte que possible, mais assez cependant, pour qu'elle puisse surmonter et étendre la maladie naturelle, Hahnemann, en effet, revient constamment sur ce fait clinique, qu'il n'appuie d'ailleurs d'aucune observation : l'aggravation de la maladie naturelle immédiatement après l'administration du médicament. Il la considère comme un bon présage qui annonce, que la cessation de la maladie aiguë, à la première dose, est tout à fait dans la règle. Ces sophismes, ces hypothèses qui ne reposent sur rien, dont la démonstration n'existe ni dans la pratique d'Hahnemann, ni dans les observations cliniques si peu nombreuses qu'il a laissées, sont vigoureusement réfutés par le Dr Cretin. Il rappelle les résultats de la longue pratique qu'il a si largement mise au grand jour, l'expérience consciencieuse qu'il a faite, en essayant successivement les doses pondérables, la rareté des aggravations médicamenteuses et termine en expliquant pourquoi et comment il reste, après quarante ans de pratique, plus homœopathe qu'hahnemannien et partisan des basses atténuations et des médicaments en teinture. Ce procédé thérapeutique, qui se rapproche de celui employé en Angle-

terre, fut loin d'être admis par la majorité des médecins homœopathes, quelques-uns seulement l'acceptèrent. L'énergie et la ténacité avec lesquelles le Dr Cretin le défendit, eurent cependant pour résultat d'éloigner de beaucoup d'esprits la crainte de l'aggravation médicamenteuse et de faire entrer dans la pratique l'usage des teintures et des basses atténuations.

On se souvient de la longue discussion sur la fièvre typhoïde, ouverte en août 1882 et close seulement en juin 1883,à la laquelle les membres les plus savants et les plus illustres de l'Académie de médecine prirent part. Elle fut l'occasion de débats solennels et passionnés, elle semblait devoir définitivement fixer la science et aboutit misérablement à la démonstration évidente de la confusion absolue des principes et à la négation de toute doctrine thérapeutique. Le Dr Cretin suivit avec un vif intérêt cette inoubliable lutte oratoire, la lecture du Bulletin de l'Académie le troublait extrêmement, ces contradictions, ces hypothèses agitaient son esprit ; dès la fin de la discussion, il résolut d'en faire la critique, il la publia sous le titre de : « *La fièvre typhoïde, hypothèses et contradictions académiques.* »

Reprenant et analysant successivement les discours de chacun des orateurs, et les opposant les uns aux autres, il étudie l'étiologie, la pathologie et la thérapeutique de la fièvre typhoïde, en mettant en lumière les divergences d'opinions des académiciens, divergences si nombreuses, qu'on est véritablement atterré du désarroi des esprits, de l'incertitude qui règne en maîtresse à la Faculté. De ce chaos, il cherche à dégager la vérité, en renversant les hypothèses, en faisant ressortir les faits acquis et irréfu-

tables. Le traitement est soigneusement discuté avec statistiques à l'appui, et il ressort de ce minutieux examen, combien sont dangereuses certaines médications systématiques et arbitraires. Un chaleureux appel à la doctrine et à la thérapeutique homœopathiques termine ce volume, mais cet appel ne sera pas entendu, une fois de plus, la voix aura crié dans le désert.

. Ce livre, très remarquable à bien des titres, qui présente des qualités supérieures et qui semblait irréprochable au moment où il a été publié, a cependant subi l'injure du temps. Certains chapitres ne seraient plus écrits aujourd'hui par l'auteur, et vraisemblablement désavoués.

Le Dr Cretin s'y montre particulièrement sévère pour Pasteur et Bouley, auxquels il oppose Peter, dont il apprécie, à juste raison, le grand talent et les sages doctrines. On n'a pas oublié l'anathème lancé par Peter à Pasteur, le Dr Cretin prend parti pour le premier. Et cependant, Pasteur et Bouley ne firent qu'indiquer, avec réserve, la possibilité de l'isolement du microbe typhogène, sa culture, ses atténuations et l'espérance d'une thérapeutique nouvelle. Les succès obtenus dans le traitement de la rage et plus récemment dans celui de la dipthérie, qui ont jeté un si grand éclat sur la science française, ne démontrent-ils pas que, dès cette époque, Pasteur et Bouley avaient entrevu la vérité, devenu évidente aujourd'hui ?

L'épidémie de choléra de 1884 jeta une véritable panique dans les esprits. L'opinion publique, la presse tout entière, les Parlements, les Académies, étaient littéralement affolés. C'est que depuis l'épidémie de 1854, l'hypothèse de la contagion, niée précédemment, s'était généralisée, et que la découverte du microbe virgule par Koch à Toulon, n'avait fait qu'augmenter la terreur. C'est à cette

époque, 1885, que le Dr Cretin fit paraître une étude importante sur le choléra, intitulée : *Le choléra n'est ni transmissible ni contagieux*, et qu'il signa : un Rationaliste. Après un court chapitre de nosologie, il aborde la question de la dualité du choléra, qu'il rejette ; pour lui, le choléra nostras, sporadique, ne diffère pas du choléra indien, épidémique. Il étudie ensuite la constitution médicale prémonitoire et préépidémique, il fait un long historique de toutes les épidémies observées en France et démontre, preuves en mains, que toutes ont été précédées d'une constitution médicale prémonitoire plus ou moins prolongée. L'importante question de l'importation est examinée avec soin, puis dans un beau chapitre de pathologie générale, il cherche à rétablir un peu d'ordre dans les expressions médicales détournées de leur sens primitif et véritable. Il définit, à son tour, la contagion, la virulence, la transmissibilité, l'infection, etc. Il démontre par de nombreux emprunts aux auteurs, aux publications diverses, que le choléra n'est pas contagieux par simple contact, que ni l'ingestion, ni l'inoculation, ni l'ingestion sous-cutanée tentées sur l'homme ou les animaux n'ont pu produire le choléra. Il passe ensuite à l'éxamen de la possibilité du mode de propagation par l'eau, l'air, les émanations excrémentitielles, et il conclut que le mcirobe, si microbe il y a, n'est qu'un produit et non pas un facteur, et qu'il n'est pour rien dans chacun de ces soi-disant modes de propagation ; la doctrine microbienne ne pouvant expliquer l'apparition de l'épidémie, son développement, sa terminaison par la dessiccation des déjections, leur réduction en poussières, la pénétration de ces poussières dans l'atmosphère et leur entraînement dans les cours d'eau, les fontaines, les puits.

Les épidémies cholériques n'existent pas dans une localité, une contrée, sans une constitution médicale préparée de longue main. Les modifications chimiques, physiques, météoriques de l'atmosphère doivent jouer un grand rôle dans le développement de cette constitution médicale.

Dans les deux derniers chapitres la prophylaxie et le traitement sont discutés longuement ; je ne m'y arrêterai pas, ayant déjà trop abusé de l'hospitalité qui m'est accordée. Cet ouvrage, de plus de 400 pages, et qui a nécessité de longues et patientes recherches bibliographiques, a été écrit par le Dr Cretin en quelques mois à peine, bien qu'il ne pût y consacrer que quelques heures chaque jour. On retrouve dans ces pages le même entrain, la même vigueur que dans ses autres ouvrages, la même vivacité de style et la même abondance d'idées, en même temps que l'impeccable logique qui donne tant de force à sa critique.

La Société médicale homœopathique de France résolut, en 1886, d'abandonner le vieil hôpital qu'elle avait fondé rue Saint-Jacques, en raison de son exiguïté et des imperfections qu'il présentait et d'en créer un autre, plus en rapport avec l'extension de la doctrine et les besoins croissants de la classe pauvre qui, chaque jour, réclamait en plus grand nombre les secours de l'homœopathie.

L'achat du terrain, la construction, l'ameublement exigeaient une somme considérable et, privés de tout secours officiel, c'était à la charité, à la clientèle, qu'il nous fallait demander les 400.000 francs indispensables à l'exécution de ce projet. Jusqu'à ce jour, les offrandes annuelles des amis de l'homœopathie avaient été suffisantes pour subvenir à l'entretien des quelques lits de

l'ancien hôpital Saint-Jacques; en ce moment, nous devions obtenir des sommes importantes, exiger de gros sacrifices pour hospitaliser cinquante malades.

Le Dr Cretin, un des plus ardents promoteurs de cette création, s'y consacra tout entier avec une rare énergie. Il constitue la Société anonyme des hôpitaux homœopathiques, accepte d'être l'un des membres du Conseil d'administration et se met en campagne pour recueillir les souscriptions. Véritable frère quêteur, il frappe à toutes les portes, même les plus hermétiquement closes, bravant les refus, sollicitant toutes les bonnes volontés et il obtient par sa ténacité et son éloquence la coopération de gens presque indifférents. Il arrive ainsi à faire près de la moitié du capital. Lui-même, donnant l'exemple, souscrit largement et abandonne ses actions et obligations à l'hôpital. On peut, sans exagération, affirmer que c'est grâce à son activité, à son obstination, que l'entreprise réussit. Il eut du moins, avant sa mort, la grande joie de voir cette œuvre, à laquelle il était si sincèrement attaché, prospérer au-delà de ses espérances et d'être tranquillisé sur son avenir.

Ce fut à cette occasion qu'il publia une brochure : *Organisation de l'assistance hospitalière libre et libérale*, éloquent plaidoyer en faveur des pauvres, dans lequel il montre que la charité privée peut et doit, sans subordonner ses libéralités aux exigences du Conseil municipal de plus en plus prépondérant dans les questions d'assistance, venir en aide à la misère et à la maladie, en créant des hôpitaux libres. Répandue dans la nombreuse clientèle du Dr Cretin, cette attachante brochure n'a pas peu contribué à la création de l'hôpital Saint-Jacques.

J'ai achevé la revue des nombreuses et importantes publications du Dr Cretin, j'ai raconté sa vie simple, modeste, consacrée tout entière à la famille, à l'amitié, au travail, au bien. Depuis plusieurs années sa santé chancelante donnait des inquiétudes aux siens et à ses amis, mais rien ne pouvait faire redouter une fin si prochaine et si rapide. Atteint de la grippe, une pneumonie infectieuse l'enleva en quelques jours et il mourut comme il avait vécu, simplement, modestement, chrétiennement, voulant le cercueil des pauvres et que la somme qu'aurait exigée une pompeuse cérémonie leur fût distribuée. Faire le bien fut sa grande préoccupation, il le fit même après sa mort, c'est ainsi qu'il a passé sur la terre.

Dr Partenay.

MÉDECINE PRATIQUE

DE LA NÉCESSITÉ DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE POUR LE DIAGNOSTIC DE CERTAINES CYSTITES CALCULEUSES

I

Le diagnostic de la cystite calculeuse est, en général, chose facile. Les antécédents de coliques néphrétiques, les douleurs et la fréquence des mixtions surtout le jour, l'hématurie à l'occasion de mouvements brusques, l'arrêt instantané du jet de l'urine, et, enfin et par-dessus tout, le cathétérisme explorateur positif permettent d'affirmer la présence du calcul.

Il n'en est cependant pas toujours ainsi. Le professeur Guyon a, dans ses leçons cliniques, attiré l'attention sur certaines vessies qui présentent tous les symptômes dus à un calcul, et dans lesquelles l'exploration la mieux faite ne donne aucune des sentations si nettes du contact du cathéter avec la pierre, alors qu'elle existe réellement.

Un malade que nous suivons depuis assez longtemps, et chez lequel tous les symptômes de la cystite calculeuse étaient réunis, sauf le cathétérisme qui fut toujours négatif, jusqu'au jour où, sous le chloroforme, nous avons pu trouver le calcul, nous engage à en publier l'observation, et à rechercher pourquoi un calcul assez gros peut passer inaperçu, pendant plusieurs explorations, alors que dès que l'anesthésie est complète, la sonde en métal introduite dans la vessie, il est immédiatement perçu.

Observation. — Homme de 48 ans. Coliques néphrétiques pour la première fois il y a vingt-quatre ans. Depuis deux ans, symptômes de cystite. Exploration vésicale plusieurs fois négative. Chloroformisation. Diagnostic du calcul. Taille hypogastrique. Guérison.

Baud... est âgé de 48 ans.

Antécédents héréditaires : père mort d'hémorrhagie cérébrale. Mère, artériosclérose, ramollissement cérébral. Aphasie.

Antécédents personnels : n'a jamais été malade, sauf il y a vingt-quatre ans, où il a eu à différentes reprises de violentes douleurs dans la région lombaire, douleurs s'irradiant jusque dans le testicule et s'accompagnant de vomissements. Il n'avait à ce moment rien remarqué d'anormal dans son urine, ni dépôt au fond de son vase,

ni gravier. Pendant vingt ans, il fut toujours très bien portant, et n'éprouva jamais plus aucune douleur lombaire.

Il y a quatre ans, il eut, coup sur coup, plusieurs crises de coliques néphrétiques bien caractérisées, et pour lesquelles nous lui donnâmes nos soins.

En 1893, il commença à souffrir en urinant, les mictions devinrent plus fréquentes, surtout pendant le jour. Il eut à l'occasion de courses en voiture, plusieurs petites hématuries. De temps en temps, son jet d'urine s'arrêtait brusquement. La nuit il se trouvait relativement bien, il n'urinait qu'une ou deux fois, au lieu de dix à douze, dans la journée. L'urine recueillie le matin était épaisse, glaireuse, ammoniacale, contenant une notable proportion d'albumine due à la présence de nombreux globules de pus. Au microscope, on trouvait, outre les leucocytes, un grand nombre de cellules épithéliales et de micrococcus ureæ, et, enfin, des cristaux d'acide urique et de phosphate ammoniaco-magnésien. Pas trace de cylindres du rein.

Tous les autres organes paraissaient sains, l'état général étant très bon.

Etant données les crises de coliques néphrétiques antérieures, nous pensâmes que ces phénomènes de cystite étaient symptomatiques d'un calcul vésical. Après plusieurs lavages à l'eau boriquée, nous pratiquâmes, avec les précautions antiseptiques voulues, l'exploration de la vessie. Il nous fut impossible, explorant alternativement toutes les parties du réservoir urinaire, soit avec une sonde en gomme, comme le conseille Guyon, soit avec son cathéter, de percevoir le moindre frottement ou bruit. La vessie était, d'ailleurs, excessivement sensible et mal-

gré toute la docilité du malade, nous remîmes notre exploration à un autre jour, nous proposant d'employer la cocaïne comme anesthétique local.

Nous refîmes donc, quelques jours après, un nouveau cathétérisme, précédé, cette fois, d'une instillation de 10 grammes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au centième. Le malade souffrit un peu moins que la première fois, mais pas plus qu'antérieurement nous ne pûmes obtenir aucun frottement, aucun bruit. Le palper abdominal et le toucher rectal ne nous donnèrent non plus aucun renseignement.

Dans le courant de la même année, plusieurs autres examens furent également négatifs.

Au commencement de 1894, Baud... alla consulter un médecin des plus distingués qui, pas plus que nous, ne trouva de calcul.

En novembre dernier, le malade ne s'améliorant pas, les urines devenant de plus en plus purulentes, malgré les lavages et les instillations de nitrate d'argent, les douleurs et la fréquence des mictions augmentant, nous décidâmes Baud... à se laisser explorer sous le chloroforme, ce qu'il avait toujours refusé jusque-là. Le 16 novembre, après anesthésie complète, et l'injection dans la vessie de 200 grammes d'eau boriquée, il me fut facile, à peine la sonde en gomme introduite dans la vessie, de sentir un frottement rugueux, et avec le cathéter de Guyon un bruit sec caractéristique, bruit perçu à distance par les personnes présentes. Pour compléter le diagnostic, je substituai au cathéter un brise-pierre à mors plats, avec lequel je pus facilement saisir la pierre qui paraissait très dure, et avoir dans sa plus grande dimension 3 centimètres de longueur. Il n'y avait donc plus de doute sur la

présence du calcul, et il nous fallait le broyer par la lithotritie ou l'extraire par la taille.

L'état d'irritabilité de la vessie et sa faible contenance nous fit préférer la taille au broiement.

L'opération fut faite le 23 novembre assisté de mes excellents confrères et amis les Drs Bouchet et Mourruau. Le malade est endormi. On met le ballon de Pétersen gonflé 300 gram. d'eau. On fait un grand lavage de la vessie à l'eau boriquée, on en laisse 250 gram. et avec un tube en caoutchouc on lie la verge sur la sonde à robinet qui reste dans la vessie. Après savonnage. lavage à l'alcool, à l'éther et au sublimé de la paroi abdominale, je fais sur la ligne médiane une incision de 10 centimètres environ. Je sectionne successivement la peau, le tissu cellulaire l'aponévrose du grand oblique, je passe entre les deux pyramidaux, j'incise le fascia transversalis et je tombe sur la graisse prévésicale. Avec le doigt recourbé en crochet je refoule en haut le cul-de-sac du péritoine et ponctionne avec le bistouri la paroi vésicale sur une étendue de quatre à 5 centimètres. Un flot de liquide sort, immédiatement deux fils suspenseurs sont passés dans la paroi de la vessie, puis avec le doigt, très facilement, je vais saisir le calcul. Les fils suspenseurs sont dédoublés et servent à fixer la vessie à la paroi abdominale. Les tubes de Guyon-Périer sont introduits dans le bas-fond vésical et maintenus à la peau par deux points de suture. Je m'assure de leur bon fonctionnement par une injection boriquée faite alternativement dans les deux tubes. La paroi est suturée profondément au catgut, puis superficiellement au crin de Florence. Un large pansement antiseptique et compressif au-dessus des tubes achève l'opération.

Le 24. Température à 37°. Pouls à 80. Le malade ne souffre pas. Les tubes fonctionnent bien.

Le 25. L'urine qui sort par les tubes commence à s'éclaicir.

J'enlève les fils suspenseurs de la vessie et fais une injection boriquée par les tubes qui fonctionnent toujours très bien.

Le 30. Les tubes sont enlevés et une sonde n° 18 est mise à demeure.

Le 1er décembre. Le malade va très bien. La sonde fonctionne bien. La plaie hypogastrique a très bon aspect. Le pansement est un peu souillé par l'urine.

Le 2. Il s'écoule toujours de l'urine par la plaie, mais en moindre quantité que la veille. L'urine, qui était alcaline avant l'opération, est maintenant franchement acide et son dépôt moins purulent. On continue les lavages boriqués.

Le 3. La sonde n'a presque pas fonctionné de la nuit. Le pansement est complètement souillé par l'urine. L'opéré se trouve cependant très bien et ne souffre pas. On change la sonde et on met le n° 20.

Le 4. La nouvelle sonde ne fonctionne pas mieux que la précédente. On en remet une autre.

Le 5. La sonde fonctionne bien. Le pansement est à peine mouillé.

Le 6. Il ne s'écoule plus d'urine par la plaie. On bouche la sonde avec une cheville qu'on enlève toutes les heures pour vider la vessie.

Le 7. Toujours pas d'urine par la plaie. On enlève la sonde le matin prêt à la remettre si le malade ne pouvait pas uriner.

Le 8. Le malade a uriné seul sans difficulté. L'urine devient tout à fait claire. La plaie abdominale diminue.

Le 15. Le malade se lève. La plaie est presque entièrement fermée. Le besoin d'uriner, qui revenait toutes les heures avant l'intervention, ne se fait sentir que trois ou quatre fois par jour.

Aujourd'hui deux mois après l'opération, Baud... est complètement rétabli.

La pierre trouvée dans la vessie pesait 16 gram., mesurait 3 centimètres de longueur sur 2 de largeur et 1 1/2 d'épaisseur, et était composée de couches concentriques d'acide urique avec quelques couches périphériques de phosphate ammoniaco-magnésien.

II

Le professeur Guyon a donné dans ses cliniques, l'explication de ces cas où un cathétérisme, si bien fait soit-il, peut ne pas reconnaître un calcul existant.

D'après lui il s'agirait de contractions partielles et irregulières de la vessie.

Dans certaines circonstances le muscle vésical entre en jeu partiellement, et certains groupes de ses fibres se contractent isolément. Ces contractions partielles ont tous les caractères des contractions des muscles lisses. Lentes à se produire, lentes à s'éteindre, elles maintiennent pendant un temps appréciable la déformation qu'elles réalisent (Mougeot).

Comme les contractions totales, elles sont extrêmement douloureuses et se rencontrent surtout dans les vessies chroniquement enflammées dont on a excité mal à propos la contractilité par un contact trop violent ou la distension des parois. « Aucune règle fixe ne préside à leur manifestation et un siège précis ne peut leur être assigné. On les rencontre aussi bien au sommet de la vessie que dans

le fond ou au voisinage et surtout au-dessous et sur les côtés du col. C'est aussi au fond même de la vessie que l'on voit se produire ces contractions qui modifient le terrain opératoire » (Guyon). Les parois de la vessie se soulèvent de chaque côté du lithotriteur, se rapprochent de lui, entravent sa manœuvre. L'opérateur ne peut, dès lors, sentir que les parois de l'organe sans rencontrer le moindre calcul, alors que la vessie en contient un ou plusieurs même très volumineux. D'autres fois c'est le corps étranger lui-même qui excite cette contractilité. La vessie l'enveloppe comme dans une poche et des fragments et même des calculs tout entiers se trouvent complètement cachés par ce mécanisme. Les contractions irrégulières de la vessie peuvent être capables de complètement dissimuler un calcul, d'empêcher de manœuvrer un instrument et se rencontrent assez souvent (Guyon. Leçons cliniques, 1881). Pour empêcher ces contractions irrégulières du muscle vésical, un moyen simple est le repos au lit pendant quelques jours avant l'exploration. La vessie n'étant plus continuellement irritée par le corps étranger, se laisse plus facilement inspecter.

Si, comme il est arrivé chez notre malade, après plusieurs examens négatifs les phénomènes de cystite s'accentuent de plus en plus, il faut alors avoir recours au chloroforme.

Reliquet (Leçons des maladies des voies urinaires, 1878) disait que le chloroforme était contre-indiqué dans la lithotritie.

Il prétendait que cet anesthésique n'avait aucune action sur la vessie et sur son col, et que la sensibilité de cet organe pouvait être plus développée pendant le sommeil chloroformique qu'à l'état de veille, en cas d'affec-

tion irritante ancienne. Cette opinion ne pourrait être soutenue aujourd'hui, où grâce à l'anesthésie la lithotritie peut être faite en une seule séance.

Il n'est pas douteux, dit le professeur Guyon (Clinique de 1888), que le chloroforme agisse sur la vessie, mais dans la cystite douloureuse, il n'agit que d'une façon très incomplète. A l'état normal la vessie est complètement insensible pendant presque toute la durée de la chloroformisation, et les réveils de la sensibilité sont excessivement courts. C'est ce que démontre jusqu'à l'évidence la pratique de la lithotritie. Mais à l'état pathologique les choses sont renversées. Ce ne sont plus de courts réveils que l'on observe.

Pendant presque toute la durée du sommeil la vessie reste intolérante et ne présente que de courts instants de repos. Cela ne suffirait pas pour permettre d'entreprendre et de mener à bien une opération telle que la lithotritie, mais il n'en faut pas davantage pour rendre possible une exploration méthodique et fructueuse. Il faut recourir à l'emploi du chloroforme non seulement pour épargner au malade des manœuvres particulièrement pénible, mais surtout pour empêcher la vessie d'entrer en révolte contre l'instrument, ce qui lui permettrait de dissimuler dans ses plis un calcul même volumineux.

Il faut, pour que la vessie ne se contracte plus, que la sensibilité au contact soit abolie, car c'est le contact qui, par réflexe, amène la contracture. C'est de cette façon qu'agit le chloroforme, qui n'ayant aucune action sur la muscle vésical, comme sur tous les muscles lisses d'ailleurs, supprime la sensibilité et par conséquent l'acte réflexe, pour peu de temps peut-être, mais temps suffisant pour permettre une exploration décisive.

Nous résumerons donc en disant que : lorsque tous les symptômes de cystite plaident pour un calcul, et que plusieurs cathétérismes pratiqués à différents intervalles et après quelques jours de repos restent négatifs, il faut administrer le chloroforme qui, en supprimant la sensibilité vésicale, permettra d'en explorer fructueusement la cavité.

D^r Crépel.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

4^e LEÇON

Sommaire : Fièvre typhoïde. Gangrène de la bouche. Lachésis et acide phénique. — Pneumonie, observation, guérison le neuvième jour. Différence de la marche de la maladie dans l'expectation et le traitement homœopathique. — Bryone et phosphore. — Matière médicale. — Mémoire de Bayle. — Ipéca, matière médicale. — Bronchopneumonie. Bryone et ipéca. — Asthme. Ipéca et bryone, pulsatile.

Messieurs,

Notre diabétique s'améliore. La semaine dernière, le sucre était descendu de 44 grammes à 30 grammes par litre, mais il y avait 4 litres d'urine par jour. Cette semaine, nous n'avons plus que 17 grammes par litre, et seulement 2 litres d'urine. Les pastilles de pancréas semblent avoir, dans ce cas particulier, une grande influence, nous les continuerons.

Quant à la fièvre typhoïde, elle va bien. Néanmoins

depuis trois jours, elle présente une complication sérieuse, ce sont des symptômes de gangrène buccale avec fétidité de l'haleine. Nous avons prescrit le lachésis à l'intérieur et des lavages à l'acide phénique à 1/1000. L'eschare se détache peu à peu.

Il est à remarquer qu'à la fin de toutes les maladies graves et de la fièvre typhoïde en particulier, on remarque souvent des affections variables, telles que les furoncles, abcès, périostites, ostéo-périostites et gangrène. Nous avons observé une fois plus de 100 abcès chez un même malade. Nous relevons dans la Société des hôpitaux qu'un grand nombre d'individus traités par la méthode de Brandt ont eu des abcès multiples. On voit des microbes partout : ils sont dans les baignoires, dans l'eau, dans les linges ! Nous ne croyons pas que ces causes extérieures seules puissent justifier la fréquence de ces abcès qui d'ailleurs sont ordinairement sans gravité.

Ils sont dus à la déchéance de l'organisme épuisé par la maladie.

Nous avons, au n° 2 de la salle des hommes, une pneumonie guérie qui présente assez d'intérêt au point de vue homœopathique. Voici son observation :

Joseph L..., 12 ans, est entré à l'hôpital le 21 décembre 1894, au cinquième jour d'une pneumonie de la partie inférieure du poumon gauche.

Chez lui, il a été purgé le premier jour, on l'a fait vomir au second, et le troisième on lui a appliqué un vésicatoire de 14 centimètres carrés. A son entrée, le malade est très abattu, prostré et délirant. La fièvre est intense, la température monte à 39° ; le pouls a 96 pulsations.

On trouve une matité relative s'élevant jusqu'à la moitié

de la hauteur du poumon gauche. Le souffle est intense avec râles crépitants. Pas d'expectoration. Nous administrons bryone (12e) 6 globules.

Le 22 décembre, sixième jour, la température a un peu diminué. L'abattement est toujours considérable ; le délire persiste. Nous prescrivons phosphore (12) pour le jour et bryone (12) pour la nuit. Lait et bouillon comme nourriture.

Le 23, septième jour, il y a du mieux, la température a encore baissé; l'abattement est moins grand. Le souffle est mélangé de râles sous-crépitants de retour.

Même traitement.

L'amélioration progresse, et le 25 décembre, neuvième jour, la fièvre est tombée et le thermomètre marque 37°. Il n'y a plus de souffle, le malade dort bien, n'a plus de délire et demande à manger.

A-t-il été guéri par l'expectation ? Non. En homœopathie nous avons la prétention de guérir autrement.

Dans la guérison par expectation, la fièvre tombe subitement ; c'est une défervescence rapide avec chute brusque de la température, mais la lésion persiste pendant trois semaines au moins (mémoire de Bourgeois d'Etampes) ; longtemps on retrouve le souffle et les râles humides.

Avec notre méthode, la température baisse jour par jour ; il se fait une descente en *lysis*. La lésion est complètement effacée : il n'en reste plus trace.

Pourquoi avait-on purgé cet enfant? Pourquoi l'avoir fait vomir? On l'a purgé parce qu'il n'avait pas d'appétit, que la langue était sale. On l'a fait vomir parce qu'il n'était pas mieux que la veille.

Il ne faut pas ainsi marcher à l'aveugle. Il y a des ma-

ladies cycliques qui ne veulent pas être troublées et bouleversées à ce point.

La bryone et le phosphore sont les deux principaux médicaments de la pneumonie franche. Nous ferons tout à l'heure l'histoire de ces médicaments et celle de l'ipéca qui, allié à la bryone, guérit merveilleusement la broncho-pneumonie, surtout chez les enfants.

Ce traitement appliqué à deux petites filles de 5 et 6 ans en ce moment dans nos salles nous a fourni une preuve de plus de son efficacité.

La *bryone* ou navet du diable était connue des paysans comme un purgatif drastique. C'est une plante européenne qui pousse dans les haies et les broussailles. Les traités de thérapeutique la placent près de la coloquinthe en considération de ses propriétés purgatives.

Le *Dictionnaire Encyclopédique* enregistre avec scepticisme des cas de pneumonies guéries par la bryone. L'expectation eût fait tout autant, d'après lui.

Voilà les seuls renseignements que fournit sur la bryone l'Ecole officielle. Et cependant ce médicament est très riche en effets physiologiques.

Hahnemann et l'Ecole de Vienne l'ont expérimentée. La caractéristique, comme état aigu, est un mouvement fébrile continu, une fièvre inflammatoire violente avec rougeur des téguments. Elle produit la congestion pulmonaire, l'inflammation des bronches et de la trachée, parfois des phlegmons et souvent la pleurésie.

Considérés au point de vue des maladies du poumon, ses symptômes locaux sont : le point de côté intense, la toux pénible, incessante, l'expectoration sanguinolente, le crachat visqueux et collant, l'accélération de la respiration. La langue est blanche, la céphalée excessive, le

mouvement fébrile continu, le pouls fréquent ; il y a des vomissements et des frissons, de la soif vive. Les urines sont rouges, mais limpides, sans aucun dépôt. Ce tableau des phénomènes qu'elle amène chez l'homme sain, est sans contredit le miroir fidèle de ce qui se passe dans la pneumonie.

Pour le phosphore, on ne trouve pas de renseignements dans les livres du jour : il fut cependant très employé au dernier siècle.

Sa caractéristique est : prostration excessive, perte des forces, collapsus presque agonique, pouls faible, tendance à la syncope, hémorrhagies par tous les organes ; facies pâle, hippocratique, extrémités glacées, sueurs froides, perte de connaissance.

Au point de vue de l'affection pulmonaire, la fièvre est intense, le pouls fréquent, petit, la toux grasse, les crachats visqueux. Il y a des points de côté, du délire, de la céphalalgie.

Il détermine l'engouement du poumon avec noyaux apoplectiques ; de la dégénérescence graisseuse très rapide de la plupart des organes.

Les fibres cardiaques sont souvent atteintes par cette dégénérescence, d'où lipothymie et mort subite après un mieux apparent.

Le foie d'abord hypertrophié, dégénère par la suite et s'atrophie.

Bayle dans sa *Bibliothèque thérapeutique*, cite 91 cas de maladies aiguës traitées par le phosphore. C'étaient pour la plupart des fièvres putrides, des pneumonies. Ses malades étaient presque arrivés à l'agonie. Bayle rapporte 72 guérisons. C'est un beau résultat : la chaleur reparaît, les sueurs sont abondantes et la connaissance revient.

D'après Bayle, sur 91 malades, 72 furent guéris ; 9 se sentirent soulagés ; 3 n'éprouvèrent rien ; et 6 *furent empoisonnés*.

Avec nos préparations, nous évitons ce danger de l'intoxication. Elles sont dosées comme nous le voulons ; dans les triturations, nous avons le phosphore au 1/100, au 1/10.000, au 1/1.000.000.

En présence de ces résultats, pourquoi négliger ce médicament quand tout semble perdu?

L'ipéca est connu dans les deux écoles. Ses propriétés vomitives et purgatives sont faciles à vérifier. Il est aussi hémorrhagipare. Les ouvriers qui le pulvérisent ont des hémorrhagies. Les expériences ont causé des hémorrhagies chez les animaux sains. Mais, fait plus curieux, en poussière impalpable dans l'air, il donne une crise d'asthme complète. Il n'est pas nécessaire d'une grande quantité. Les personnes prédisposées à l'asthme prennent un accès avec des doses pour ainsi dire infinitésimales d'ipéca. Trousseau l'avait reconnu très ouvertement, et il avait remarqué que l'ipéca guérissait l'asthme. C'est ce qu'il appelait la méthode substitutive !

Quant aux affections du poumon, l'ipéca produit les symptômes de pneumonie et de bronchopneumonie. La toux est quinteuse, pas très grasse ; l'expectoration filante comme du blanc d'œuf. La dyspnée est considérable, le mouvement fébrile rémittent avec écart notable entre la température du soir et du matin, ce qui est le signe de la bronchopneumonie.

Avec l'émétine, son principe actif, Magendie a institué de nombreuses expériences sur les chiens ; et il a remarqué des palpitations et l'inflammation des bronches, l'hépatisation du poumon.

Au contraire, à Montpellier on a trouvé le poumon exsangue. Mais cette différence tient à ce que les expériences ont été conduites autrement.

L'essai a porté d'un côté sur des chiens de l'autre sur des lapins.

Les chiens de Magendie vivaient plusieurs jours, parce que les doses administrées étaient petites. Les lapins mouraient en douze heures, tués par des doses massives. On ne peut donc pas conclure de ces dernières expériences contre celles de Magendie.

Pour nous résumer, dans la pneumonie franche, nous donnons bryone et phosphore, parce que ces médicaments ont une action sûre, et qu'avec eux la mortatité est très faible. Et nous les prescrivons à des doses infinitésimales, parce que ces doses, confirmées par une longue pratique, ont produit d'heureux résultats.

De même dans la bronchopneumonie, chez les enfants surtout, qu'elle soit primitive ou consécutive à la rougeole ou à la coqueluche, nous n'hésitons pas à donner ipéca et bryone alternés toutes les deux heures.

La 6e dilution nous a toujours réussi.

Il est cependant quelques cas très graves où ces médicaments ne suffisent pas. Alors, suivant la symptomatologie, nous avons recours à l'arsenic, au tartarus emeticus, au carbo vegetabilis. Dans la bronchopneumonie, nous employons parfois pulsatile ou carbo vegetabilis; pulsatile est surtout indiquée quand la toux est grasse.

Le carbo vegetabilis s'administre dans les cas très graves avec collapsus, lorsqu'il y a presque agonie et des signes asphyxiques.

En terminant, je veux vous parler d'une de ces indications bizarres que provoquent à tort les moqueries des allopathes.

Mme G..., veuve, 47 ans, a eu plusieurs pneumonies dans sa jeunesse. Elle tousse depuis deux ou trois ans, mais la maladie s'est beaucoup aggravée depuis dix jours. Entrée le 26 décembre 1894 et couchée au lit n° 2 de la grande salle, cette femme est assise sur son lit et respire difficilement. Elle tousse sans cesse et ne dort pas la nuit. Son crachoir est plein d'un liquide filant et albumineux. A l'auscultation, on remarque les signes de l'*emphysème* et de la bronchite : expiration très prolongée et sifflante.

Prescriptions. Ipéca et bryone (6e).

Le 27, la malade est de très mauvaise humeur, parce qu'elle n'a pu dormir de la nuit. Les crachats sont toujours abondants, mais les sibilances ont diminué notablement. La malade se plaint que l'urine lui échappe à la suite des efforts de toux, nous donnons pulsatile (6e).

Le 29, la malade a beaucoup mieux dormi, l'expectoration est moindre. Peut-être ce mieux n'est-il que passager, et faudra-t-il revenir à bryone et ipéca,

Mais en passant, nous tenions à vous signaler que la pulsatile convient dans la toux accompagnée de l'émission involontaire de l'urine. Cette indication fait sourire, mais elle est vraie.

5e LEÇON

SOMMAIRE : Fièvre typhoïde. Gangrène de la bouche. Lachésis. — *Asthme*. Observation. Ipéca. Bryone. Pulsatile. Matière médicale de pulsatile. Nux vomica et arsenic. — *Rhumatisme articulaire aigu*. Observation. Bryone (6). — *Hystérie*. Ignatia, matière médicale.

La densité de l'urine diabétique a augmenté, elle est

maintenant de 1.030. La quantité de glucose est de 33 gr. 33 par litre et la malade rend en vingt-quatre heures un peu plus d'urine. Je vais changer le traitement.

Nous sommes arrivés à la 6e semaine de la fièvre typhoïde dont est atteinte la femme couchée au lit n° 15 de la grande salle. Cette fièvre typhoïde doit être rapportée à la *forme commune*, elle a été extrêmement intense et compliquée d'hémorrhagie. La convalescence de la malade fut interrompue par une gangrène qu'on rencontre souvent chez les enfants qui ont été atteints de rougeole et de scarlatine.

Cette gangrène avait atteint la muqueuse buccale et le tissu sous-muqueux du côté gauche. La fièvre était tombée à 38°,2 le matin et à 38°,8 le soir. Ce fut la dureté ligneuse de la joue qui attira notre attention.

Trois médicaments produisent la gangrène, ce sont l'*arsenic*, le *secale cornutum*, le *lachésis* et tous les venins.

Mais lequel de ces trois médicaments devait-on prescrire ?

Ce n'était pas l'*arsenic* car il n'y a pas de mouvement fébrile. Et d'ailleurs la gangrène produite par ce médicament est rare.

Arsenic produit cependant la gangrène des parties génitales. Elle donne même une angine gangreneuse. Mais la caractéristique du médicament est que cette gangrène s'accompagne toujours de douleurs atroces. Et notre malade ne souffre pas.

Ce n'était pas non plus secale cornutum car la gangrène qu'il produit est très caractérisée. C'est une gangrène sèche, symétrique, artérielle, atteignant les extrémités, très douloureuse. Je ne sais même rien de plus douloureux.

Il reste donc les venins, mais parmi eux tous, lachésis est celui qui produit le plus souvent la gangrène. Le médicament désigné sous le nom de lachésis est le venin d'un serpent de l'Amérique du Sud, le *lachésis muet*, de la famille des Crotaliens et ce venin produit la gangrène de la peau et de la membrane muqueuse de la bouche et détermine le phlegmon diffus.

La caractéristique de lachésis est que sa gangrène est humide, peu douloureuse. Ce venin était donc bien indiqué pour la gangrène de notre malade.

Nous l'avons donné à la 3e trituration.

Nous avons simultanément employé une solution phéniquée au 1/1000 pour badigeonner la partie gangrenée toutes les quatre heures. Nous avons choisi l'acide phénique parce que ce médicament employé en pansement au 1/100, 1/500 et même 1/800 a produit la gangrène. Il est donc homœopathique à cette lésion.

Quant aux symptômes d'aliénation mentale présentés par cette malade et qui consistent dans cette idée délirante qu'elle possède une forte somme d'argent, nous croyons qu'ils disparaîtront à mesure que la convalescence se fera.

Asthme. — La malade couchée au n° 2 de la salle des femmes est atteinte de bronchite avec emphysème transitoire. Nous en avons dit un mot dans notre dernière conférence. L'auscultation permet de constater des râles sibilants très nombreux avec une expiration extrêmement prolongée. Le crachoir est plein d'un liquide visqueux semblable à des blancs d'œufs battus. Cette femme, âgée de 47 ans, est grosse et rouge et d'une bonne santé habituelle. Nous lui avons prescrit d'abord ipeca et bryone à cause de la bronchite. Le lendemain, cette femme est de fort mauvaise humeur parce qu'elle n'a pas dormi et qu'elle est

aussi malade. Elle se plaint en outre d'être constamment mouillée par ses urines qui s'échappent à chaque secousse de toux. Sur *ce signe* nous lui prescrivons pulsatile (6) II gouttes dans 200 grammes d'eau et une cuillerée toutes les deux heures. Le lendemain matin, la malade est souriante. Elle a dormi presque toute la nuit. Elle se trouve mieux. Les urines involontaires ont presque cessé et son crachoir n'est rempli que jusqu'au quart.

Nous lui continuons ce médicament les jours suivants et pour achever ce qui la regarde je vous dirai que la guérison totale a été obtenue par l'usage d'arsenicum 3^{e} trituration le matin et nux vomica 3^{e} trituration le soir.

Qu'est-ce donc que cette pulsatile qui, à la 6^{e} dilution, améliore aussi rapidement la bronchite emphysémateuse et fait cesser les évacuations involontaires d'urine? C'est une plante de la famille des renonculacées qu'on appelle pulsatila nigricans et encore pulsatile de Storck parce que c'est ce médecin qui l'a expérimentée le premier sur l'homme. Il a commencé par l'essayer sur lui-même et a démontré que ce médicament, bien qu'étant un poison, était un poison très maniable. Il a prétendu que la pulsatile guérissait la fièvre intermittente et la syphilis et surtout cette affection mal définie qu'on appelait *amaurose*.

Hahnemann étudia la pulsatile avec grand soin. Il trouva qu'elle produisait chez l'homme sain des symptômes très nombreux. Il en fit un *polychreste*, c'est-à-dire un médicament indiqué dans un grand nombre de maladies. Et, effectivement, Hahnemann et ses élèves employèrent avec succès la pulsatile dans un grand nombre de cas pathologiques. Fonssagrives plaisante agréablement les homœopathes tout en convenant qu'il serait nécessaire d'étudier un peu mieux la pulsatile. Pour Cazin c'est une plante âcre

et irritante, ce qui est une banalité. Les autres auteurs de matière médicale passent ce médicament sous silence.

En résumé, l'école homœopathique seule a déterminé les effets de la pulsatile sur l'homme sain et a fixé ses indications thérapeutiques.

Obligé de nous borner, nous vous exposerons seulement les applications de la pulsatile aux affections broncho-pulmonaires.

Comme *symptômes locaux*, nous noterons l'enrouement, la toux sèche et incessante, puis grasse, trachéale, accès de dyspnée nocturne.

Ces symptômes s'aggravent la nuit et dans le décubitus dorsal. Ils s'accompagnent de coryza épais, de perte de l'odorat, de douleur de côté et d'urines involontaires.

Les *symptômes généraux* sont : frissons mêlés de chaleur, frilosité, anxiété et plaintes, adypsie. Les règles sont faibles, retardent ou manquent.

La caractéristique de la pulsatile est la perte de l'odorat, l'incontinence d'urine, la soif et l'aggravation par la position couchée.

La voix vomique et l'arsenic qui ont achevé la guérison de notre malade produisent tous les deux la dyspnée asthmatique, c'est-à-dire une respiration lente avec de grands efforts de respiration. Tous les deux présentent dans leur pathogénésie des accès d'asthme nocturne, la toux suffocante et les crachats abondants et battus.

Rhumatisme articulaire aigu. — Observation.

M^lle^ Marie C..., âgée de 18 ans, entrée à l'hôpital le 28 décembre 1894, couchée au lit n° 13.

Cette malade est fille d'un père et d'une mère rhuma-

tisants. Quant à elle, elle a eu la rougeole à l'âge de 10 ans et elle est menstruée irrégulièrement depuis l'âge de 12 ans.

Cette attaque est la première qu'ait éprouvée la malade. Elle a débuté le 25 par le pouce et la main gauche.

A son entrée, la malade a un mouvement fébrile bien marqué, 39°,3 le matin, 39°,8 le soir. Presque toutes les articulations sont prises, les pieds, les genoux, les poignets. La douleur est considérable surtout par le mouvement et le toucher qui arrachent des cris à la malade. Il existe à peine de gonflement excepté à l'articulation des doigts. Il n'y a pas de rougeur.

On prescrit bryone (6), 2 gouttes dans 200 gram. d'eau, une cuillerée toutes les deux heures, du bouillon ou du lait pour aliment.

Le lendemain 29, quatrième jour de la maladie, la malade n'a pas dormi et les épaules sont envahies. Cependant la fièvre a un peu diminué, 39° le matin, 39°,2 le soir.

Même traitement.

Le 30, cinquième jour, la malade souffre moins. La température est à 38°,8 le matin et à 39°,4 le soir.

Même traitement.

Le 31, sixième jour, amélioration progressive, pas de nouvelles jointures de prises, les anciennes sont moins douloureuses, la température reste matin et soir à 39°,1.

Le 1er janvier 1895, septième jour, chute complète de la fièvre.

La température remonte à 38°,2 le huitième et le neuvième jour au soir, puis elle se maintient au-dessous de 38° et la convalescence semble commencer.

Tous les traitements de rhumatisme articulaire aigu,

sauf les traitements perturbateurs par le sulfate de quinine et le salicylate à hautes doses, sont incertains. Aussi la plupart des médecins (allopathes et quelques médecins homœopathes) n'hésitent pas à prescrire la salicylate à hautes doses. Que penser de cette médication? Le salicylate de soude enlève les douleurs et la fièvre avec une merveilleuse rapidité. Il suffit de quelques jours, quelquefois de vingt-quatre heures pour que le malade présente toutes les apparences de la guérison, car si le saliyclate n'est pas continué à hautes doses le mal reparaît avec toute son intensité. Et en somme, d'après les chiffres que j'ai rapportés dans mes leçons il y a deux ans, la durée moyenne du rhumatisme traité par le salicylate est de trente-cinq à quarante jours. Le plus grand inconvénient de la médication du salicylate dans le rhumatisme est que cette médication peut tuer le malade. C'est une médication dangereuse rarement, très rarement même; mais il suffit que la mort puisse résulter d'une médication pour que je ne consente pas à l'employer.

La bryone est indiquée dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu par un mouvement fébrile presque continu, par des arthrites quelquefois sans gonflement ou avec un gonflement sans rougeur. L'aggravation par le moindre mouvement et par le plus léger attouchement sert de caractéristique à ce médicament.

La bryone a été prescrite à la 6[e] dilution. Vous voyez que l'amélioration a été très prompte et la cessation des douleurs et du mouvement fébrile est arrivée le septième jour.

Hystérie. — Observation.

Madame Louis K..., âgée de 39 ans, mariée sans enfants,

assez mal réglée, a présenté depuis longtemps des symptômes nerveux et même de véritables attaques de nerf.

Elle est entrée à l'hôpital vers le 25 décembre 1894 et était couchée au lit n° 3 de la petite salle.

A son entrée à l'hôpital cette femme est extrêmement maigre, pâle, sans force et les traits altérés. Elle urine beaucoup, une urine pâle qui nous fait penser un moment à un diabète insipide. Cette urine ne contient ni sucre, ni albumine. Elle ne contient pas non plus l'inosite qui caractérise quelquefois le diabète insipide.

On prescrit nux vomica.

La quantité des urines est décidément trop petite pour que nous puissions conserver notre diagnostic. La malade se plaint continuellement d'un corps étranger dans la gorge qui déterminerait l'impossibilité de la déglutition. L'examen de l'arrière-gorge nous permet de constater la parfaite intégrité de cette région et en même temps la perte complète du réflexe pharyngien. Des points analgésiques existent sur la peau des bras et ces symptômes rapprochés des antécédents de la malade nous permettent de porter le diagnostic ferme d'hystérie.

Nous prescrivons ignatia (12) 6 globules dans 200 gram. d'eau, trois cuillerées par jour.

L'amélioration est très rapide. La malade retrouve le sommeil, l'appétit, la faculté d'avaler, sa tristesse disparaît, ses forces reviennent et elle quitte l'hôpital au bout de quelques jours.

Pourquoi ignatia?

Mais qu'est-ce donc qu'ignatia amara? C'est la fève de Saint-Ignace. Ce médicament, découvert et étudié par le jésuite Camelie en 1699, n'a jamais été beaucoup utilisé en dehors de l'école homœopathique et il n'est guère employé

par nos adversaires que sous la forme de gouttes amères de Baumé.

La fève de Saint-Ignace contient, comme la noix vomique, de la brucine et de la strychnine. Ce dernier alcaloïde est notablement plus abondant dans la fève de Saint-Ignace que dans la noix vomique.

Malgré l'analogie de composition, l'école homœopathique distingue avec raison les deux médicaments. Cependant la pathogénésie de la noix vomique, comme celle de la fève de Saint-Ignace présente des secousses tétaniques et des paralysies, des névralgies, des douleurs de tête, d'estomac et d'intestin du ténesme et de la constipation.

Au moral, ces deux médicaments produisent une grande mobilité du caractère et des sensations, l'inconstance, la colère et l'impatience, l'hésitation, l'humeur tantôt gaie, tantôt pleureuse, de grandes angoisses, des plaintes immodérées pour des riens, mais les symptômes moraux affectent surtout avec ignatia la tristesse et la mélancolie; avec la noix vomique, la colère et la grossièreté ; enfin l'analyse clinique a démontré que l'ignatia s'appliquait beaucoup mieux que la noix vomique aux affections hystériques, tandis que la noix vomique était le remède par excellence dss goutteux et des hémorrhoïdaires et qu'elle était un remède à peu près certain des névralgies, des viscéralgies développées sous l'influence de ces deux maladies.

6[e] LEÇON.

SOMMAIRE : Paralysie hystérique. Observation. Ignatia et nux vomica. — Sciatique. Observation. Nux vomica 1[re] trit. 1/10 et ignatia (12). — Erysipèle de la face. Deux observations. Traitement par le quinquina. — China érysipélogène et eczématogène. — Diarrhée chronique: China. Arsenicum. Cotoïne. Rheum. — Question des doses. — Iris versicolor. — Phospori acidum et calcarea acetica dans la diarrhée infantile.

OBSERVATION

Le 2 janvier est entrée dans nos salles une enfant de 11 ans malade depuis le mois de mars. A cette époque, elle a éprouvé de la difficulté de la marche, des tremblements dans les jambes et les bras. Après un mieux relatif, la maladie a recommencé en août 1894.

Elle marche mal. La faiblesse est plus grande dans la jambe gauche. A son entrée, elle avait beaucoup de tremblements et en même temps des fourmillements dans les membres. Il lui est impossible de se tenir sur une seule jambe. Les muscles du tronc sont aussi un peu affaiblis ; quand elle est assise, elle s'affaisse d'un côté.

Elle n'a pas de mouvements saccadés comme dans la chorée. C'est plutôt de la faiblesse généralisée. Elle éprouve de plus une céphalée violente, continue, dans la région frontale. Elle a de l'analgésie cutanée. Pas de réflexe pharyngien. En revanche, les réflexes rotuliens sont exagérés. Elle a été réglée une seule fois à 10 ans. Tout cela nous a confirmé dans notre opinion que nous avions affaire à une hystérique.

Mise à ignatia (12) depuis dix jours, elle a déjà ressenti une amélioration notable. Le tremblement a diminué

dans les membres inférieurs : la marche est plus facile. Elle étend maintenant les mains sans trembler.

Ignatia et nux vomica étaient bien indiqués par l'ensemble des symptômes. Ces deux médicaments produisent des effets analogues aux phénomènes ci-dessus énoncés : paralysie plus ou moins complète du mouvement, tremblements, fourmillements dans les membres. Il n'y a donc pas à s'étonner de cette similitude, puisque tous deux contiennent comme alcaloïdes la strychnine et la brucine.

Mais, en médecine, il n'y a pas de succédanés. Lequel choisir? La clinique fixe notre thérapeutique. Les premiers homœopathes ont repoussé ces enseignements qui nous viennent de la clinique. C'est une erreur et un tort. Ce complément d'information n'est pas négligeable.

Ignatia convient principalement aux hystériques. Nux vomica aux hémorrhoïdaires et aux goutteux. Aussi, dans ce cas particulier, où le tableau de l'hystérie est bien caractéristique, nous avons donné l'ignatia.

Nous allons maintenant parler d'un homme venu nous trouver pour une sciatique :

M. K..., 47 ans, est couché depuis le 9 janvier 1895 au lit nº 3 de la grande salle des hommes. Atteint depuis octobre 1894 d'une sciatique dans la jambe gauche, il s'est fait soigner à Tenon du 19 octobre au 2 novembre. Son traitement y a consisté en iodure de potassium ; puis on l'a siphoné une fois au chlorure de méthyle. Et il est sorti sans avoir éprouvé de soulagement marqué.

Du 2 novembre au 9 janvier, le malade, qui est journalier, a travaillé.

Il se plaint de douleurs exaspérées pendant la nuit. Il est énervé, ne peut rester longtemps dans la même posi-

tion; la jambe reste pliée sur la cuisse. Ce qui surtout le fait souffrir, ce sont les soubresauts et les secousses musculaires. Les douleurs sont par élancements.

Mis au traitement de nux vomica (1re trit. au 1/10), 20 centigrammes, il a mieux dormi la nuit du 10 au 11 octobre. Cette nuit, quoique passable, a été moins bonne que la précédente.

Ces douleurs névralgiques avec élancements et secousses musculaires sont caractéristiques de la noix vomique; elles ressemblent aux douleurs de l'ataxie. Les sciatiques immobilisés par la douleur réclament bryone. Les autres, rhus toxicodendron, quand les douleurs sont soulagées par le mouvement. Le mouvement ne soulage pas notre malade. C'est un autre cas.

La diabétique dont nous avons souvent parlé vient d'avoir un érysipèle. Voici son observation :

Mme B..., 65 ans, est couchée au nº 8 de la salle des femmes.

L'érysipèle a débuté le 6 janvier après avoir été précédé d'un mal de gorge. Etat nauséeux; rougeur intense de la face; mouvement fébrile rémittent. La plus haute température, le 3e jour, est de 40°,2. Le 6e jour, apyrexie le matin, mais 38°,8 le soir. Extension de l'affection à la peau de la nuque. L'examen des urines pratiqué a montré la disparition du sucre.

Nous avons administré le china en T. M. à la dose de 5 grammes par jour.

Cet emploi du quinquina à haute dose va peut-être vous scandaliser ; mais nous allons essayer de nous disculper après vous avoir parlé d'une autre malade.

Mme Louise C..., âgée de 64 ans, couchée au n° 4 de la grande salle des femmes, a été prise le 7 janvier d'un érysipèle qui a été précédé d'une poussée d'eczéma derrière l'oreille, et pour lequel on avait donné chininum sulfuricum.

L'érysipèle a surtout été marqué sur la joue droite. Le troisième jour au matin la température a atteint 40°,5 et le soir elle descendait à 39°. Le lendemain la fièvre tombait, et l'érysipèle entrait en résolution.

Même traitement.

Nous avons été amené à cette médication par la lecture d'une clinique de Jaccoud. Il administre le vin de quinquina, toutes les heures par cuillerée à bouche et sur plus de 80 malades il ne compte qu'un décès. Jaccoud expliquait l'action du vin de quinquina dans l'érysipèle par l'alcool qui venait favorablement combattre l'anémie du cerveau ; mais comme nous obtenons les mêmes résultats avec 5 grammes de teinture de china, cette explication ne peut subsister. Un chirurgien auquel je faisais part de ce mode de traitement me dit : « Sans doute, je comprends. Vous employez le quinquina comme microbicide. Il y a longtemps que les médecins éclairés de l'école microbienne ont abandonné la lutte contre les microbes pour s'attaquer aux toxines et, personnellement, je n'ai jamais cru à de semblables naïvetés.

La justification du china dans l'érysipèle se tire de la matière médicale. Nous trouvons, en effet, dans cette matière médicale, que les ouvriers occupés à travailler le quinquina et le sulfate de quinine, présentent des rougeurs et de l'eczéma aigu. Hahnemann a réuni beaucoup d'observations à ce sujet et ces faits en grand nombre se trouvent réunis dans la thèse de M. Jeudi de Crissac.

Il est donc certain que le quinquina et le sulfate de quinine produisent des éruptions, des vésicules, des rougeurs, du purpura.

Et c'est ce qui nous fait prescrire le sulfate de quinine dans l'eczéma aigu, le quinquina (en teinture mère ou à la 6^e dilution), dans l'érysipèle.

Il est vrai d'ajouter que l'érysipèle guérit presque toujours quand on ne meurt pas du traitement perturbateur jadis si fort en honneur. Mais nous constatons qu'avec notre traitement, au lieu d'avoir duré quatorze jours, nos deux érysipèles étaient terminés le sixième jour.

Le quinquina abrège donc le mal et il le guérit.

Avant le quinquina, nous avions surtout rhus toxicodendron pour l'érysipèle comme pour l'eczéma aigu. Il produit des effets analogues, soit pris à l'intérieur, soit manié. Avec lui, on remarque des eczémas aigus, des éruptions érysipélateuses avec bulles considérables, un prurit violent, de la fièvre mais moins intense qu'avec le china.

Ici encore la clinique a démontré qu'il vaut mieux donner le quinquina.

Pour continuer cette étude du quinquina, une de ses propriétés qui rend de grands services, c'est son action sur l'intestin. China est un médicament de la diarrhée chronique, quand elle s'accompagne de tympanisme, de vents, de cuisson à l'anus, quand les selles sont abondantes, lientériques, et surtout quand elles surviennent immédiatement après le repas ou dans l'heure qui suit.

Dans ces cas, la 6^e dilution réussit presque toujours.

Un des médicaments les plus puissants de la diarrhée chronique est l'arsenic. Ce médicament produit des diarrhées multiples, avec selles petites, nocturnes, et sensa-

tion de brûlure à l'anus et au ventre, soif intense. La face est enflée; il y a de l'œdème cachectique des pieds. L'arsenic a amené la guérison de nombreux soldats qui avaient pris en Cochinchine des diarrhées chroniques et rebelles.

Il a été employé à diverses doses par les homœopathes. Les uns indiquent la 30e dilution ; les autres des dilutions basses. L'opinion universellement admise, se prononce pour les premières triturations.

Le Dr Teste donne la 3e trituration et nous suivons son exemple ; les dilutions élevées sont beaucoup moins sûres.

Nous administrons 0 gr. 20 de la 3e trituration centisémale à prendre en trois fois dans la journée. Mais il ne faut pas faire comme certains homœopathes qui prescrivent le médicament pour très peu de jours ; au contraire, il faut donner le remède d'une manière continue et longue, vingt jours de suite, puis le suspendre quatre jours et recommencer.

C'est d'ailleurs la méthode à employer dans les affections chroniques.

Puisque nous en sommes aux diarrhées chroniques, nous signalerons un médicament que nous avons emprunté aux médecins allopathes. Il n'a pas encore de pathogénésie ; c'est la cotoïne, alcaloïde d'un végétal qui nous vient d'Amérique et qui est de la famille des Laurinées.

Expérimenté en Allemagne et en Amérique, depuis dix ans, ce médicament donné des résultats assez satisfaisants, dans les diarrhées rebelles. C'est un médicament jusque-là purement empirique, que nous donnons à dose forte, 20 centigrammes de la 1re trituration décimale par

jour. Il semble surtout améliorer les diarrhées des phthisiques (1).

Un autre médicament également à recommander dans ce cas c'est rheum ou la rhubarbe quand les selles sont grisâtres ou brunes, avec coliques et ténesme, horripilations, et qu'elles présentent une odeur acide. On le donne en T. M. à la dose de III ou IV gouttes par jour dans une potion de 125 grammes d'eau.

Nous employons la dose forte, parce que rheum produit la constipation à petite dose, et la diarrhée à forte dose.

Ces questions de doses ne sont pas encore très élucidées, cependant on est arrivé à vérifier cette loi générale que les médicaments ont une action opposée suivant les doses. Ainsi l'iris versicolor dans ses premières dilutions au dixième, provoque une diarrhée abondante avec vomissements; on le prescrit dans le choléra infantile à ces doses. A la 30e dilution il produit la constipation et la guérit ainsi que la migraine rétinienne.

Il faut donc choisir la dose d'après les effets produits par le médicament chez l'homme sain.

Signalons encore l'action du corrosivus ou sublimé corrosif. Ses empoisonnements fréquents donnent des selles sanguinolentes, glaireuses, petites, fréquentes, très douloureuses précédées d'un sentiment de lipothymie et suivies de bouffées de chaleur et d'un grand soulagement. La 6e et la 3e dilution sont très efficace.

---

(1) Expérimenté chez trois hommes en santé à la dose de 10 à 20 centigrammes en un cachet, la cotoïne a produit la diarrhée chez deux hommes et rien sur le troisième. De ceux qui ont eu la diarrhée un a eu 4 selles et l'autre 2, ces selles étaient accompagnées de coliques.

Enfin dans la diarrhée chronique avec symptômes dysentériformes, il ne faut pas oublier l'acide phosphorique et l'acétate de chaux. Diarrhée liquide, jaunâtre, plutôt pâle, accompagnée d'affaiblissement très marqué, voilà pour leur matière médicale.

La clinique nous a appris qu'ils sont spéciaux aux diarrhées chroniques des enfants qui surviennent après le choléra infantile, au cours de la dentition ou du sevrage. Cette affection, appelée aujourd'hui l'athrepsie, est très meurtrière, surtout à la campagne où les enfants sont mal soignés.

On obtient de très beaux succès en donnant chaque jour les deux médicaments alternés à la 3e dilution. Dans deux potions de 100 grammes, on met III gouttes de chacun, et suivant l'intensité, on administre de 4 à 8 cuillerées par jour en alternant.

Les enfants mangent avec plus d'appétit, digèrent mieux et arrivent presque infailliblement à la guérison.

Dr P. JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT SÉROTHÉRAPIQUE DE LA DIPHTÉRIE

La question de la sérothérapie de la diphtérie étant tout à fait à l'ordre du jour, nous avons voulu réunir dans un même article les diverses communications faites sur ce sujet dans le mois de février.

A la séance du 1er février de la *Société médicale des hôpitaux*, MM. LEBRETON et MAGDELEINE apportent leur contribution à l'étude du traitement sérothératique de la diphtérie. Chargés du service d'isolement de l'hôpital des

Enfants-Malades, ils ont traité, du 1er octobre au 25 décembre dernier, 258 diphtériques, avec 31 décès, soit une mortalité de 12 0/0. En retirant des 31 décès, 8 enfants qui sont morts moins de vingt-quatre heures après leur entrée et par conséquent sans avoir subi le traitement antitoxique, on a, sur 250 cas 23 décès, soit une mortalité de 9 0/0.

Il y a eu 24 trachéotomies avec 9 décès seulement, soit une mortalité de 37,5 0/0 et 51 intubations.

Les 258 malades se divisaient en 111 cas où le bacille de Lœffler existait seul, et 147 cas où il était associé à d'autres microbes. Les premiers ont fourni 12 morts, soit 10,81 0/0 de mortalité; les seconds 19, soit 12,92 0/0; ce qui confirme la gravité plus grande des cas à associations microbiennes.

Les 1.200 injections n'ont donné qu'un seul cas d'abcès. Les éruptions post-sérothérapiques (urticaire, érythèmes variés) ont eu lieu chez 70 malades et sont survenus le plus souvent du 8e au 11e jour. L'albuminurie a été constatée chez 140 malades : 83 fois au moment de l'entrée ou avant quarante-huit heures de séjour, 57 fois tardivement.

Les accidents paralytiques ont été exceptionnels, mais il faut remarquer que les enfants sont rendus très rapidement à leurs parents.

M. Lebreton considère donc la sérothérapie comme le traitement de choix de la diphtérie, mais considérant que les injections ne sont pas absolument inoffensives, il les déconseille comme moyen prophylactique chez les enfants qui ont été en contact avec les diphtéritiques.

Il conseille de recourir immédiatement à l'injection de sérum lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant présentant beaucoup de fausses membranes ou des accidents laryngés; si, au contraire, on ne constate que des points

blancs isolés ou une petite plaque, il vaut mieux attendre le résultat de l'examen bactériologique.

M. Lebreton pense que l'action du sérum, abrégeant la durée de la reproduction des fausses membranes, permet de recourir plutôt au tubage qu'à la trachéotomie. Il fait cependant remarquer que le tubage reste un procédé d'hôpital, parce qu'il nécessite une surveillance constante, pour que l'on puisse à tout moment replacer le tube s'il venait à être rejeté. Les 51 intubations ont donné 14 décès, sur lesquels la moitié a été causée par broncho-pneumonie ou bronchite pseudo-membraneuse ou par intoxication générale, et sont survenus moins de vingt-quatre heures après l'entrée à l'hôpital.

M. Chantemesse fait remarquer qu'on peut employer les injections de sérum comme traitement préventif sans exposer les petits malades à des accidents, car il suffit d'une dose minime de 1 à 2 c.c. pour réaliser l'immunisation.

M. d'Heilly croit qu'il a observé la broncho-pneumonie plus souvent à la suite du tubage qu'après la trachéotomie; il voudrait aussi savoir comment ont été alimentés les petits malades après l'intubation.

M. Lebreton ne croit pas la broncho-pneumonie plus fréquente après le tubage; les enfants ont été nourris avec des bouillies ou des potages épais.

Nous croyons devoir rapprocher de cette communication diverses observations provenant de sociétés médicales étrangères.

A la *Société d'ophthalmologie* (de Londres) M. Jessop a communiqué deux observations d'enfants atteints de conjonctivite diphtéritique avec examen bactériologique à l'appui. L'un des petits malades était âgé de huit mois et

présentait une angine diphtérique; chez l'autre, âgé de dix-neuf mois, il existait de la diphtérie nasale. Dans l'un et l'autre cas, les lésions oculaires étaient bilatérales et intéressaient la conjonctive palpébrale seule. Chez le premier enfant, l'orateur pratique trois injections d'antitoxine de Klein à la dose de 4 grammes par injection, et chez le second, deux injections de ce sérum à la même dose. Les fausses membranes disparurent chez le premier malade en trois jours et en quatre chez le second. Dans le premier cas, il se produisit un semblant de rechute sous la forme d'une fausse membrane siégeant sur l'amygdale gauche, mais on ne put y constater la présence des bacilles de Lœffler. Aucun traitement local n'a été employé chez les petits malades de M. Jessop; on s'est borné à laver les yeux avec de l'eau distillée (1) ».

Contrairement à ces résultats favorables constatés en France avec le sérum de Roux et en Angleterre avec le sérum de Klein, nous trouvons une opinion défavorable exposée à la *Société império-royale des médecins de Vienne* par M. Kassowitz qui affirme que les résultats du traitement antitoxique dans le service de M. von Widerhofer ne sont pas supérieurs à ceux que l'on observe d'ordinaire. Le sérum employé était le sérum de Behring.

A la séance suivante (8 février) M. Monti revient sur la question et, rappelant l'opinion antérieure de M. von Widerhofer, opinion qu'il partage complètement, considère le traitement par l'antitoxine comme le meilleur moyen thérapeutique actuel. Il reconnaît qu'il est moins actif dans les infections diphtériques mixtes et dans les formes septiques. Il dit que Behring avait démontré que

(1) *Semaine médicale* du 6 février.

pour que le traitement agisse bien il était nécessaire qu'il ne fût pas employé trop tardivement. M. Monti constate que M. Behring, comme M. Roux, conseille la répétition des doses de sérum jusqu'à ce que l'élimination des fausses membranes vienne montrer que son action est suffisante. Les troubles qui peuvent survenir sous l'influence de l'antitoxine, tels que les érythèmes, l'urticaire, l'albuminurie et les paralysies, lui paraissent négligeables si on les compare aux dangers présentés par la diphtérie elle-même.

Enfin M. Monti se base surtout sur l'abaissement considérable de la mortalité et il cite les chiffres suivants que nous empruntons à la *Semaine médicale.*

« C'est ainsi que sur 424 cas de diphthérie traités dans les hôpitaux de Berlin, du 5 novembre 1893 au 13 janvier 1894, par des moyens autres que le sérum antitoxique, 189 se sont terminés par la mort, ce qui fait une mortalité de 44,5 0/0. Par contre, sur 772 autres cas de diphtérie survenus également à Berlin, du 4 novembre 1894 au 12 janvier 1895, et soumis au traitement sérothérapique, on n'a constaté que 128 décès, soit une mortalité de 16,5 0/0.

« Les cas de diphtérie que MM. von Widerhofer, Gnændiger, Heim, Unterholzner et Monti ont traités à Vienne par le sérum antidiphtérique s'élèvent à 237. Sur ce nombre on a noté 54 décès; la mortalité a donc été de 22,8 0/0, c'est-à-dire sensiblement inférieure à celle que donnaient les anciens traitements de la diphtérie.

« En réunissant les statistiques de tous les pays relatives à la mortalité de la diphtérie sous l'influence du traitement sérothérapique, M. Monti a obtenu un total de 3.888 cas dont 716, c'est-à-dire 18,4 0/0, se sont terminés par la mort.

« La mortalité observée dans les divers pays a été la suivante : Hollande 7 0/0; France 13 0/0; Allemagne, Autriche-Hongrie, Italie, 14 0/0; Angleterre 23 0/0; en outre, la mortalité a été, à Berlin, de 17 0/0 et à Vienne de 22 0/0. »

Il nous a paru utile de comparer les opinions des sociétés médicales étrangères avec celle de la Société des hôpitaux de Paris. Nous voyons, en somme, que la sérothérapie de la diphtérie est généralement reconnue comme le traitement le plus efficace pour le moment.

Dr Marc Jousset.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DYSMÉNORRHÉE

Au point de vue du traitement la dysménorrhée ou colique menstruelle présente trois variétés : la dysménorrhée par atrésie, la dysménorrhée membraneuse et la dysménorrhée essentielle ou névralgique.

§ I. *Traitement de la dysménorrhée par atrésie du col.* — Il faut remarquer que l'atrésie du col est tantôt organique et absolue, tantôt spasmodique.

Dans les deux cas les douleurs apparaissent au commencement de l'écoulement sanguin, sont très violentes, arrachent des plaintes à la malade et la forcent souvent de se coucher. Le siège ordinaire des douleurs est l'hypogastre et les reins. Dans d'autres cas, elle occupe le haut du ventre. Quand elles sont très fortes, elles déterminent des vomissements. Un effet habituel de ces douleurs est de

diminuer ou même de supprimer l'écoulement sanguin qui revient abondamment quand la douleur a disparu parce qu'alors l'atrésie du col a diminué ou disparu.

Les médicaments principaux sont *viburnum*, *chamomilla*, *belladone*, *pulsatile*, *actœa*, *hamamelis*, *caulophyllum*, *ferrum*, *coffea*, *senecio*.

1° *Viburnum*. Nous mettons ce médicament en première ligne plutôt à cause des témoignages cliniques réunis en sa faveur qu'à cause des renseignements fournis par sa pathogénésie. En effet, depuis plusieurs années nous avons réussi à enrayer les dysménorrhées les plus douloureuses avec ce médicament.

Doses et modes d'administration. Nous avons toujours prescrit la teinture mère à la dose de XX ou XXX gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les heures dans les cas très aigus et en espaçant les prises quand la douleur est moindre.

2° *Chamomilla*. Ce médicament est un des plus usités dans la dysménorrhée. Il correspond à une hémorrhagie abondante avec caillot et douleurs excessives. Des petits frissons, des vomissements, la diarrhée, la lipothymie individualisent ce médicament.

Doses et modes d'administration. De la 3^e^ à la 6^e^ dilution, une dose toutes les demi-heures ou toutes les heures suivant l'intensité des douleurs.

3° *Belladona*. Ce médicament est rarement employé seul dans la dysménorrhée mais on se trouve quelquefois très bien de l'alterner avec chamomilla.

Doses et modes d'administration. Comme pour chamomilla.

4° *Pulsatile* est généralement indiqué surtout quand les règles retardent et sont peu abondantes. Les douleurs

sont très intenses, reviennent sous forme de coliques qui obligent la malade à se courber en deux.

Doses et modes d'administration. Les trois premières dilutions. Même mode d'administration que pour les médicaments précédents.

5° *Actæa racemosa* est un médicament qui très certainement détermine des coliques menstruelles à l'état de santé; il est donc indiqué dans le traitement de la dysménorrhée il convient surtout aux femmes sujettes aux douleurs musculaires et chez celles qui éprouvent un sentiment de défaillance vers le creux épigastrique.

Doses et modes d'administration. 1re trituration décimale.

6° *Hamamelis* est indiqué principalement chez les sujets dont les règles sont trop fortes et chez les hémorrhoïdaires.

Doses et modes d'administration. Les premières dilutions décimales et même la teinture mère.

7° *Caulophyllum.* Ce médicament, dans son action physiologique, produit toujours des crampes et des coliques utérines; aussi est-il très indiqué dans le traitement de la dysménorrhée. Il a surtout été préconisé par le Dr Hale et par Richard Hughes. Ce dernier auteur prétend que caulophyllum est le meilleur médicament à donner dans l'intervalle des époques et qu'il prévient ainsi des attaques de dysménorrhée.

Doses et modes d'administration. Les premières triturations décimales et la teinture mère.

Coffea convient surtout dans les douleurs excessives et qui portent au désespoir.

Ferrum réussit quelquefois merveilleusement chez les chlorotiques et *senecio* est l'analogue de pulsatile.

8° *Magnesia carbonica.* Ce médicament possède dans sa pathogénésie un symptôme très caractéristique. C'est l'arrêt du sang pendant les douleurs. Il est donc tout indiqué dans le traitement de la dysménorrhée par atrésie du col. Les autres symptômes qui spécialisent son emploi sont l'avance des règles, l'abondance de la perte et la coloration noire du sang.

Doses et modes d'administration. On n'a guère employé ce médicament qu'à doses tout à fait infinitésimales de la 12ᵉ à la 6ᵉ dilution.

Une remarque importante serait de donner ces médicaments dans de l'eau très chaude attendu que la déglutition des boissons froides augmente beaucoup les coliques.

§ II. *Dysménorrhée membraneuse.* — Les médicaments dont nous venons de faire l'histoire conviennent aussi dans le traitement de la dysménorrhée membraneuse. La clinique a signalé, comme plus spécial à cette forme, le borax.

Le borax a surtout été recommandé par Bene tt, par le Dʳ Hale, par Ludlam et Richard Hughes.

La pathogénésie de ce médicament mentionne les tranchées violentes, des douleurs depuis l'estomac jusqu'au sacrum, des règles très fortes et en avance.

§ III. *Dysménorrhée essentielle ou névralgique.* — Il est certain que les médicaments que nous venons d'étudier peuvent souvent convenir au traitement de la dysménorrhée essentielle. Nous signalerons comme plus spéciaux dans cette variété le *gelsemium*, le *xantoxylus fraxineum*, le *coffea*, la *tarentule*, le *thuya*.

1° *Gelsemium.* C'est surtout la clinique qui a fixé la valeur thérapeutique de ce médicament dans le traite-

ment de la dysménorrhée essentielle, vu que sa pathogénésie contient, comme presque tous les médicaments de dysménorrhée, des coliques utérines très violentes se propageant aux reins et aux cuisses. La présence de symptômes hystériques sera une raison de plus pour prescrire ces médicaments.

Doses et modes d'administration. Les premières dilutions et la teinture mère.

2° *Xantoxylum fraxineum* ou frêne épineux. Hale qui a préconisé ce médicament dans la dysménorrhée dit qu'il convient spécialement aux femmes d'un tempérament délicat, nerveux et d'une organisation pauvre.

Doses et modes d'administration. Les premières dilutions décimales.

3° *La tarentula* contient dans sa pathogénésie des coliques utérines avec contraction expulsive et il existe dans la science des guérisons de dysménorrhée simple.

Doses et modes d'administration. Les six premières dilutions.

4° *Thuya.* Ce médicament convient surtout quand la douleur occupe la fosse iliaque et l'aine gauche, tympanite, flux menstruel plutôt rare.

Doses et modes d'administration. Les trois premières dilutions.

5° *Coffea* est ici indiqué comme dans les autres dysménorrhées par l'excès des douleurs.

Doses et modes d'administration. Je préfère prescrire la caféine aux premières triturations décimales.

Moyens adjuvants et chirurgicaux. Les applications chaudes, les boissons chaudes et alcoolisées, le séjour au lit contribuent beaucoup à diminuer les souffrances.

Les moyens chirurgicaux consistent dans la dilatation du col avec ou sans incision.

TRAITEMENT DE L'AMÉNORRHÉE.

En dehors de l'aménorrhée par défaut d'exhalation sanguine, ou par défaut d'excrétion, l'aménorrhée est toujours un symptôme soit de la chlorose, soit de la tuberculose ou d'une autre cachexie. En effet, le retard, si prolongé qu'il soit, de la première apparition des menstrues ne constitue pas une maladie quand il n'altère pas la santé ; néanmoins on pourrait admettre comme aménorrhée essentielle les suspensions des évacuations menstruelles à propos d'un refroidissement, d'une émotion ou d'un changement de climat.

§ A. — L'aménorrhée par défaut d'exhalation sanguine tient à un défaut de développement des ovaires ; cette aménorrhée est absolue et définitive. Elle s'accompagne très souvent des signes de l'anémie ; dans des cas exceptionnels elle est compatible avec toutes les apparences de la santé.

Cette forme de l'aménorrhée ne réclame aucun traitement : tous seraient inutiles. Les symptômes anémiques qu'elle détermine souvent sont justifiables du traitement de la chlorose. Peut-être que des injections avec le liquide ovarique préparé suivant la méthode de Brown-Séquard remédieraient au symptôme produit par le défaut de développement des ovaires.

§ B. — L'aménorrhée par rétention sanguine réclame un traitement chirurgical.

§ C. *Aménorrhée accidentelle.* — Ce sont ces arrêts de la menstruation causés par le changement de climat : séjour au bord de la mer, habitation dans les montagnes. D'autres fois elle est causée par un refroidissement ou une émotion violente survenant au moment même de l'époque.

Au début de cet accident, le médicament principal est *aconit* qui lutte avantageusement contre les symptômes de congestion, résultat de cette forme d'aménorrhée. Il suffit souvent à rétablir la santé et les règles reviennent à leur époque ordinaire.

Si les symptômes de congestion de la tête avec chaleur, battement et douleur dans le front sont très marqués, *glonoïne* sera souvent indiqué. Ce médicament sera prescrit avec les trois premières dilutions, quelques gouttes dans une potion, quatre cuillerées par jour.

Si l'aménorrhée s'accompagne de spasmes dans les membres et de coliques utérines le *caulophyllum* sera le médicament principal. On emploie habituellement les premières triturations.

Si l'aménorrhée s'accompagnait de palpitations cardiaques avec ou sans douleur, le *cactus* serait le médicament indiqué. Dans ce cas nous prescrirons la 6^{me} dilution. Si, après ce traitement, les règles ne reparaissent pas mais que la santé reste bonne, il sera inutile de donner des médicaments à la malade. L'exercice, la vie au grand air, les distractions, une bonne nourriture et *le temps* suffiront habituellement à la guérison. Mais si quelques symptômes d'anémie se présentent il faudra avoir recours à quelques uns des médicaments indiqués dans la chlorose et parmi lesquels nous signalerons en première ligne la *pulsatile*, le *seneco*, le *causticum*, *le sulfur*, *le conium*, le *graphite*, le *natrum muriaticum*, le *ferrum*, etc.

Nous croyons que ce serait faire un double emploi que de répéter ici ce que nous avons déjà dit à propos du traitement de la chlorose sur les indications spéciales de chacun de ces médicaments.

Quant à l'aménorrhée qui survient dans le cours de la phtisie ou quelquefois la précède, nous ne croyons pas qu'il y ait beaucoup à espérer des médications dirigées contre ce symptôme. Ce n'est pas parce que les menstrues manquent que les femmes sont malades, mais c'est parce qu'elles sont malades que les menstrues manquent. Il faut donc s'adresser au traitement de la maladie principale. Agir autrement, c'est perdre son temps. La *pulsatile*, le *sulfur* et même le *calcarea* carbonica préconisés par Ludlam, n'auront aucune action sur le rétablissement de la fonction supprimée tandis que l'amélioration de la tuberculose ou des cachexies cardiaque et rénale obtenue par les médications appropriées sera bientôt suivie du rétablissement des règles.

D^r^ P. Jousset.

REVUE DES SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. Tractions rythmées de la langue. — II. Encore le coup de chaleur.

I

Le mois de février a été néfaste pour la docte assemblée qui a perdu plusieurs de ses membres. Deux séances ont été levées en signe de deuil à l'occasion de la mort de M. Regnault et de celle de notre ancien maître Alph. Guérin. Il ne reste que deux séances sur quatre, et ces deux séances ont été presque complètement remplies par la discussion comparative des tractions rythmées de la langue et de l'insufflation dans le traitement de l'asphyxie.

M. Laborde (*séance du 5 février*) étudie les divers procédés de rappel à la respiration au point de vue de leur mode d'action.

L'insufflation bouche à bouche n'introduit chez le nouveau-né à l'état de mort apparente que très peu d'air dans le larynx et les bronches; elle agit, d'après M. Laborde, en excitant la muqueuse bucco-pharyngée et laryngée, et en ramenant, par cette excitation, le réflexe respiratoire. Du reste, l'air ainsi introduit ayant les carac-

tères de celui que nous expirons, son contact avec le sang ne pourrait être que nocif.

L'insufflation au moyen du tube laryngien introduit de l'air dans les bronches et cet air agit en excitant la muqueuse et en dilatant les poumons et la cage thoracique. M. Laborde croit que la présence du tube laryngien intervient pour une part très appréciable dans le retour de la respiration ; chez l'animal à l'état de mort apparente, l'introduction du tube seule peut suffire pour ramener les mouvements respiratoires.

Les flagellations, les pressions thoraciques sont destinées à provoquer le retour de la respiration en provoquant le réflexe respiratoire par une excitation périphérique plus ou moins éloignée et indirecte.

« Le *procédé de la langue*, en agissant, comme je l'ai déjà démontré, sur les nerfs sensitifs respiratoires, en particulier sur le nerf laryngé supérieur et le glosso-pharyngien, réalise l'excitation directe la plus intensive. De là sa supériorité réelle démontrée à la fois par son mécanisme propre comparé à celui des autres procédés et par ses résultats pratiques.

« Et comme il est en même temps le plus simple et le plus facile à mettre en œuvre, qu'il n'a aucun des inconvénients inhérents à l'insufflation, qu'elle soit pratiquée de bouche à bouche ou à l'aide d'un tube, je me crois en droit de dire : oui, au point de vue physiologique, la méthode des tractions rythmées de la langue est supérieure aux autres procédés dits de respiration artificielle, et notamment aux procédés d'insufflation, dans l'asphyxie et la mort apparente du nouveau-né. »

M. Tarnier (*séance du* 19 *février*) vient répondre : « M. Laborde, dans sa critique du procédé d'insufflation, a

soutenu que ce procédé introduisait très peu d'air dans les bronches et cela heureusement, puisque cet air serait chargé d'acide carbonique et par conséquent dangereux. La physiologie démontre que nous exhalons environ 500 centimètres cubes d'air à chaque expiration, que les 170 premiers centimètres cubes rendus ne contiennent pas d'acide carbonique; or, dans l'insufflation, on n'introduit dans les bronches des nouveau-nés que de 30 à 60 centimètres cubes d'air; il n'y a donc pas d'acide carbonique introduit. Pour démontrer à nouveau la réalité de ces faits, M. Tarnier a « fait recueillir séparément la première et la seconde partie de l'air d'une expiration dans des éprouvettes différentes contenant de l'eau de chaux; or, seule l'éprouvette dans laquelle a barboté l'air de la fin de l'expiration contient un liquide laiteux dû à la formation du carbonate de chaux. Le liquide de l'éprouvette, qui a reçu la première partie de l'expiration est, au contraire, resté parfaitement limpide ».

Pour terminer, il s'occupe des tractions rythmées, dont il ne méconnaît pas les avantages, mais qui ne lui paraissent pas supérieures à l'insufflation; que tous les accoucheurs ont même observé plusieurs fois leur insuccès dans des cas où l'insufflation ramenait ensuite les mouvements respiratoires.

II

M. Kelsch s'occupe à son tour de la pathogénie du coup de chaleur, question qui a été traitée dans les séances précédentes par deux autres médecins militaires, MM. Vallin et Laveran. Il conteste qu'il soit nécessaire d'une grande hyperthermie pour la production des accidents connus sous ce nom; ils dépendent bien plutôt d'un tra-

vail musculaire exagéré, qui détermine des phénomènes hyperémiques du côté des viscères.

Les symptômes observés peuvent être variables, on observe tantôt des phénomènes de congestion cérébrale (vertiges, pesanteur de tête, convulsions ou coma), tantôt de congestion pulmonaire (oppression, hémoptysie), tantôt d'affaissement cardiaque pouvant aller jusqu'à la syncope.

Ces phénomènes peuvent se produire chez des sujets sains, mais ils surviendront encore plus souvent chez ceux qui sont atteints d'altération cardiaque ou pulmonaire.

La température extérieure élevée paraît jouer un rôle favorable dans la production de ces accidents, mais on les observe aussi à une température moyenne.

Nous ajouterons que les accidents produits par les froids très intenses comme ceux que nous venons d'observer ont beaucoup d'analogie avec ceux qui sont décrits sous le nom de coup de chaleur.

D^r Marc Jousset.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Persistance du bacille chez les enfants guéris de la diphtérie. — II. Classification des pleurésies séro-fibrineuses.

I

(*Séance du* 8 *février*.) — MM. Sevestre et Méry ont fait des recherches bactériologiques sur la persistance des bacilles de Lœffler, chez les enfants guéris de la diphtérie. Ces recherches ont pour but d'établir à quel moment ils cessent de devenir contagieux.

Des recherches analogues avaient déjà été faites et Lœffler avait dit en 1890, que les bacilles persistant après la disparition des fausses membranes, il y avait lieu d'isoler les petits malades pendant une période de quatre semaines.

MM. Roux et Yersin avaient « retrouvé le bacille virulent dans la bouche, trois jours, onze jours et quatorze jours après la disparition des fausses membranes ».

Tobiesen, sur 46 cas, avait constaté au moment de la sortie des malades, qu'ils avaient encore des bacilles virulents et pouvaient, par conséquent, être cause de contagion. « Cependant, ayant suivi les malades après leur sortie, il n'a pas remarqué qu'ils aient pu être, sauf dans un seul cas, la source de contagion. »

Le Dr Tézenas du Montcel a, sur 60 observations, rencontré 44 cas où la gorge étant dépouillée des faussses membranes, sans écoulement nasal, les bacilles avaient disparu, dès la première culture ; 5 cas analogues, où le bacille a persisté pendant une durée de vingt-huit jours, douze jours, vingt-huit jours, quinze jours et vingt-cinq jours ; dans 11 cas, où le nez a présenté un écoulement persistant, on a trouvé le bacille de Lœffler dans les fosses nasales, tant qu'a persisté cet écoulement, alors que les cultures de la gorge restaient négatives. » Ces observations n'ont pas été contrôlées par l'inoculation au cobaye ; nous ne pouvons donc pas être sûr de la virulence des bacilles qui persistaient.

M. Sevestre apporte deux séries d'expériences faites à l'hôpital Trousseau en 1893 et en 1894.

Pour la première série (1893) le traitement a consisté seulement en applications topiques et en irrigations, traitement purement local. Dans 5 cas, les bacilles avaient

disparu avec les fausses membranes. Dans 2 cas, les bacilles persistaient quelque temps, mais sans virulence ; dans 1 cas, après trois examens négatifs, on a retrouvé un résultat positif ; dans 4 cas, on a trouvé des bacilles virulents pendant quinze jours. Dans 3 cas, le mucus nasal contenait le bacille virulent, une fois trente-huit jours après la sortie de l'hôpital.

« En résumé, dans la moitié des cas environ, le bacille de Lœffler avait disparu en même temps que les fausses membranes ou du moins avait cessé d'être virulent ; mais dans les autres cas, il persistait plus ou moins longtemps après la guérison apparente, soit dans la gorge, soit surtout dans les fosses nasales. »

La seconde série (1894) a porté sur dix petits malades traités par la sérothérapie et nous devons dire que les résultats sont analogues.

« En résumé, dans les cas de diphtérie traités par les injections de sérum antidiphtérique, les bacilles peuvent disparaître totalement, aussitôt après la chute des fausses membranes (3 cas) ; ils peuvent persister pendant un certain temps à l'état de bacilles virulents, affectant surtout le type du bacille court (4 cas) ; enfin, ils peuvent persister à l'état virulent plus ou moins longtemps après la guérison des malades (3 cas). »

Les conclusions pratiques au point de vue prophylactique seraient de ne remettre dans la circulation complète les malades ayant été atteints de diphtérie, qu'après plusieurs examens bactériologiques négatifs ; au point de vue hospitalier, il y aurait lieu de créer des maisons de convalescence pouvant recevoir les anciens diphtériques.

(*Séance du 15 février.*) — M. Catrin revient sur la question

et rapporte un fait observé dernièrement en Angleterre. Dans un pensionnat, deux enfants furent atteints de diphtérie, en novembre dernier, et guéris par des inoculations de sérum. « Un mois après la guérison, le D^r Ruffer constatait dans la salive de ces enfants d'abondants bacilles de Lœffler et obtenait des cultures renfermant un grand nombre de formes d'involution.

« La semaine suivante, il n'existait plus de bacilles dans la salive.

« Mais on se rappelle qu'en mai 1894, un enfant du même pensionnat avait été atteint d'une angine dont la nature n'avait été diagnostiquée que pendant la convalescence lorsqu'apparurent des phénomènes paralytiques. Dans les échantillons de salive de cet enfant, on retrouva des bacilles de Lœffler qu'on put cultiver sur sérum et cela *sept mois et demi* après la guérison. Les deux enfants atteints en novembre couchaient dans le même dortoir que le camarade malade en mai et l'un d'eux était son voisin de bureau. »

II

(*Séance du 22 février.*) — M. Fernet occupe une grande partie de la séance par la lecture d'un mémoire avec observations pour essayer une classification des pleurésies séro-fibrineuses d'après leur cause.

Il rappelle d'abord les travaux de quelques-uns de ses prédécesseurs : Landouzy a déclaré que presque toutes les pleurésies étaient tuberculeuses et a contribué ainsi à augmenter les craintes inspirées par cette maladie. Netter a soutenu aussi qu'un grand nombre de pleurésies sont tuberculeuses et il s'est appuyé sur l'examen bactériologique pour l'établir; il reconnaît néanmoins qu'il existe

d'autres variétés. Les recherches de Chauffard et de Gombault reposant sur des inoculations ont démontré que les cas pouvant dépendre de la tuberculose ne formaient qu'un peu plus de la moitié du chiffre total. Talamon et Kelsch sont arrivés à des résultats analogues.

Les observations sur lesquelles il base sa classification sont au nombre de 20, qui se divisent comme suit :

Pleurésies à pneumocoques.	4	20 0/0
— à staphylocoques.	6	30 —
— à bacilles d'Eberth.	1	5 —
— à bacille de Koch.	3	15 —
— avec examen bactériologique négatif.	6	30 —
	20	

La *pneumonie à pneumocoques* aurait une marche aiguë surtout au début qui ressemble à celui de la pneumonie : frisson violent, fièvre considérable d'emblée avec une température de 39 à 40° et un pouls extrêmement fréquent; un point de côté violent; une petite toux courte et sèche; une langue rouge sur les bords avec son milieu couvert d'un enduit jaune, épais, fétide; en somme, aspect d'une pneumonie avec les signes stéthoscopiques de la pleurésie. Du reste, dans la plupart des cas, il existerait une pneumonie superficielle très limitée, passant inaperçue.

L'épanchement est peu abondant, composé d'une sérosité jaune verdâtre assez foncée; il dure quinze jours à trois semaines, puis se résorbe, laissant après lui des fausses membranes épaisses, qui persistent longtemps et

sont suivies d'adhérences pleurales et de rétraction du thorax.

Le pronostic est bénin, la guérison la règle, dans un délai assez court.

La *pleurésie à staphylocoques* aurait une marche moins aiguë et les malades ne s'alitent qu'après trois semaines ou un mois de maladie. « Le début est marqué par quelques légers frissons, un point de côté modérément intense, une fièvre peu violente et de la toux sans expectoration ; puis, peu à peu, survient une gêne respiratoire graduellement croissante, et au bout de quinze jours, trois semaines et même davantage, quand le malade vient trouver le médecin pour la première fois, on constate un épanchement qui occupe la moitié ou les deux tiers d'un des côtés de la poitrine et souvent les indications de la thoracentèse se présentent immédiatement. Le liquide qu'on extrait par la ponction est séreux, un peu verdâtre, moins pourtant que dans les pleurésies à pneumocoques; il est également moins fibrineux et laisse déposer par le repos un bloc fibrineux moins considérable. Souvent l'épanchement se reproduit plusieurs fois, et deux ou trois thoracentèses sont nécessaires. La guérison est d'ailleurs la règle, mais elle peut se faire attendre un mois et demi, deux mois et même plus. Ainsi la marche de la pleurésie à staphylocoques est plutôt subaiguë que vraiment aiguë. »

Cette variété de pleurésie est souvent latente.

La *pleurésie à bacille d'Eberth* est la plus rare de toutes et M. Fernet ne fait qu'indiquer quelques caractères spéciaux de cette variété qui peut coexister avec la fièvre typhoïde dont elle ne serait alors qu'une complication. L'épanchement est peu fibrineux et assez souvent hémorrhagique.

Sur les trois *pleurésies à bacille de Koch* observées par M. Fernet, il a trouvé deux fois concurremment le staphylocoque blanc et il se demande alors si ces pleurésies, qui ont eu une évolution assez analogue à celle décrite plus haut pour les pleurésies à staphylocoques, ne seraient pas simplement causées par ce microorganisme chez des tuberculeux.

Ce travail de M. Fernet n'est, en somme, qu'une ébauche de la question. Il est bien évident que toutes les pleurésies ne sont pas tuberculeuses comme l'avait annoncé Landouzy ; il est évident aussi qu'un grand nombre sont ou tuberculeuses ou développées chez les tuberculeux. Mais qui de nous n'a pas observé des pleurésies ayant évolué, ayant guéri avec ou sans ponction et n'ayant laissé après elles aucune lésion tuberculeuse. Evidemment, la pleurésie est tantôt une affection sous la dépendance d'une diathèse ou d'une maladie constitutionnelle, tantôt une maladie essentielle. Les microbes que l'on rencontre dans 70 0/0 des observations de M. Fernet sont-ils la cause de la pleurésie, ou ont-ils simplement trouvé dans le liquide pleurétique un milieu de culture favorable ? C'est ce que l'avenir nous apprendra peut-être. Soyons reconnaissants à M. Fernet de nous avoir indiqué que la pleurésie à début brusque, avec fièvre vive au début, avec épanchement contenant le pneumocoque est une maladie bénigne, cela nous servira toujours au point de vue clinique si nous pouvons faire l'examen bactériologique.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

Anémone nemorosa, par J. B., traduction du Dr M. Petit (de Bruxelles). (*Revue homœopathique belge*, nov. 1894.)

Au printemps 1891, M. J. B. cueillit quelques anémones en fleur et mâcha un petit morceau de racine vers 8 heures du soir, il continua pendant quelque temps à manier les plantes, les concassant pour en préparer la teinture.

Il éprouva peu après un violent mal de tête, une douleur brûlante dans les yeux et le front; la conjonctive était enflammée, la gorge et la langue brûlantes. A minuit la douleur se concentra au côté droit de la tête et à l'œil droit. Il dormit bien, et le lendemain, la céphalalgie était nettement confinée à un point situé au-dessus de l'orbite droit, assez haut dans le cuir chevelu; conjonctive droite toujours enflammée.

Dans la matinée, il eut une selle liquide avec sensation de faiblesse dans les intestins. La céphalalgie dura trois jours, diminuant graduellement; la diarrhée ne reparut pas. En deux autres occasions, M. J. B. prit X et XX gouttes de teinture d'anémone, et chaque fois il eut une selle avec faiblesse intestinale, mais pas de céphalalgie.

L'hiver dernier, ayant eu une forte attaque d'influenza avec céphalalgie, inappétence, mal de gorge et expectoration jaune sans toux, il prit II gouttes d'anémone ; il y fut décidé par le mal de tête et le dérangement gastrique.

En deux heures environ, la céphalalgie avait disparu et ne reparut plus.

Cette plante paraît exercer une action spéciale sur tout le système muqueux, exagérant les sécrétions et causant primitivement un afflux sanguin vers la tête. La céphalalgie ressemble à celle qui accompagne certaines formes d'indigestion aiguë.

LES SYMPTOMES CARDIAQUES DU LILIUM TIGRINUM, par F. KOPP (de Greenwich, Nouvelle-Galles du Sud). Traduction du Dr M. Petit de Bruxelles. (*Revue homœopathique belge*, janv. 1895.)

Les préparations officinales de cette plante sont la teinture que l'on obtient en traitant les fleurs et le pollen par l'alcool, puis les différentes dilutions dérivées de la teinture.

Principaux symptômes cardiaques observés au cours d'une expérimention du *lis tigré :*

Après la marche, sensation d'agitation au cœur survenant tout à coup et se calmant sous l'influence d'une occupation soutenue. Palpitations, mains et pieds froids, couverts d'une sueur froide. Pression et pesanteur à la région précordiale aggravées par l'ingestion de nourriture, si fortes par moment, qu'elles deviennent presque intolérables. Douleur continue, aiguë, rongeante à la région du cœur, fortement aggravée par l'action de se baisser, de se coucher ou de se pencher en avant. Battements tumultueux du cœur avec sueur froide aux mains et aux pieds. Battements tumultueux, s'accompagnant d'une douleur aiguë, passagère, dans le côté gauche du thorax. Malaise avec sensation d'un effort à la pointe du cœur, batte-

ments tumultueux, sensation de défaillance, soulagement par le repos.

Battements très faibles, forte congestion de la poitrine, en même temps céphalalgie violente du côté gauche, vertiges, goût de sang dans la bouche, taches devant les yeux, défaillance, crainte de tomber. Sensation de pesanteur, il semble que tout le sang du corps soit enfermé dans le cœur qui se trouverait serré dans un étau. Impossibilité complète de marcher droit. Oppression précordiale et palpitations par le décubitus sur le côté gauche. Aggravation en se couchant et pendant la nuit. Réveil pendant la nuit, causé par des palpitations et une douleur pressive et angoissante au cœur. Battements des deux carotides et palpitations violentes la nuit empêchant le sommeil.

Pendant toute la durée de l'expérience, les phénomènes cardiaques revêtaient une forme plus grave pendant la nuit. Les divers symptômes reparurent et disparurent plusieurs fois ; mais leur intensité diminuait à chaque accès. Ils apparaissaient d'ordinaire vers 5 heures du soir, s'aggravaient pendant la nuit, diminuaient d'intensité vers 8 heures du matin pour reparaître à 5 heures. Pendant la nuit le sommeil était agité, troublé par des rêves effrayants, le sujet était très irritable le soir.

Lilium tigrinum constitue un remède des plus précieux dans les cas de désordres organiques et fonctionnels du cœur lorsque les symptômes s'aggravent la nuit par l'inclinaison en avant et la position couchée. Ce médicament est encore indiqué lorsqu'il y a de la pesanteur et de l'oppression à la poitrine, qu'il semble que celle-ci renferme trop de sang, en même temps que survient une forte suffocation qu'on peut soulager un peu en soupirant.

Il a beaucoup de valeur dans les cas de congestions pulmonaires lorsqu'il existe des battements très faibles avec forte congestion de la poitrine, le tout s'accompagnant de céphalalgie violente à gauche, de vertiges, d'un goût de sang dans la bouche, d'obscurcissements de la vue, de défaillance, de crainte de tomber.

Les battements tumultueux sont aussi un symptôme capital; il en est de même de la pesanteur de la région précordiale. Elle s'accompagne parfois de palpitations, d'autres fois il semble que le sang soit enfermé dans le cœur sans pouvoir s'en échapper. Enfin elle s'aggrave la nuit et par le décubitus horizontal.

LITHIASE URINAIRE EXPÉRIMENTALE. (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 31 janvier 1895.)

M. Gervais de Rouville publie, dans le *Nouveau Montpellier Médical* (n° 49), les résultats d'une série d'expériences montrant qu'il est possible de produire presque à volonté chez le chien des calculs rénaux au moyen de l'oxamide, corps voisin de l'acide oxalique et obtenu en chauffant de l'oxalate d'ammonium.

Au Congrès de Wiesbaden de 1889, MM. Ebstein et Nicolaier montrent des calculs urinaires, recueillis chez différents animaux à la suite d'ingestion de doses variables d'oxamide.

En employant la même substance, M. Tuffier a pu provoquer chez les chiens, des calculs siégeant dans la vessie, le bassinet, l'uretère et l'urèthre.

M. de Rouville a obtenu les mêmes résultats avec des doses de 2 grammes par jour d'oxamide.

Un mois de traitement a suffi pour amener la formation

de calculs gros comme un haricot. L'état général des animaux n'était nullement altéré.

TRAITEMENT THYROÏDIEN DU CRÉTINISME ET DU GOITRE ENDÉMIQUE (*Semaine médicale*, 27 février).

M. Régis rapporte les résultats obtenus par un de ses élèves, le Dr Gaide, originaire de la Savoie, qui a bien voulu, à son instigation, parcourir les vallées de la Tarentaise et expérimenter le traitement thyroïdien. M. Régis avait été amené à conseiller cet essai par les résultats bien connus de ce traitement dans le myxœdème.

M. le Dr Gaide rapporte des observations personnelles, les plus complètes de celles qu'il a pu recueillir, ayant trait soit au goitre simple, soit au crétinisme sans goitre, soit crétinisme avec goitre. Dans toutes, il y a eu des modifications très sensibles et véritablement surprenantes. L'amélioration s'est manifestée exactement de la même façon que dans le goitre simple et le myxœdème infantile : amoindrissement rapide de la tumeur thyroïdienne, changement d'aspect de la peau et des téguments, élévation de la température, accélération du pouls, augmentation de la sécrétion urinaire et des diverses excrétions, diminution de la constipation, établissement des menstrues, réveil de l'intelligence et de l'activité, etc. Les effets ont paru cependant moins prompts et moins actifs que dans les affections sporadiques similaires, en raison sans doute des conditions hygiéniques du milieu, beaucoup plus défectueux ; comme dans ces affections, la suppression trop prolongée de la médication a ramené en partie les symptômes morbides, de même que l'administration du médicament sous forme d'extrait glycériné ou de tablettes de thyroïdine, a

déterminé dans certains cas, même aux doses de 0,20 à 0,60 centigrammes de suc, certains accidents d'intoxication légère : la tachycardie, céphalalgie, fièvre, agitation, diarrhée.

M. Régis trouve ces essais très encourageants, et pense qu'on devrait instituer une application méthodique du traitement thyroïdien à l'endémie crétino-goitreuse. Il conseillerait : 1° une *cure prophylactique*, consistant dans des mesures d'hygiène générale appropriées, telles qu'assainissement du pays, captation et filtrage d'eaux potables, ainsi que dans l'usage préventif du suc thyroïdien, chez les enfants issus de goitreux ; 2° la *cure médicamenteuse* ou cure proprement dite essentiellement thyroïdienne, et s'effectuant pour les goitreux et crétins en bas âge, à domicile, par l'entremise et sous la direction des médecins-inspecteurs des enfants assistés ; pour les adolescents et les adultes, dans les asiles ou quartiers spéciaux d'idiots et d'arriérés, dont la loi en préparation sur les aliénés a prévu la création dans chaque département.

Traitement de l'aliénation mentale par la tuberculine (*Semaine médicale*, 27 février).

M. von Wagner communique à la Société império-royale des médecins de Vienne un nouveau traitement qu'il expérimente chez les aliénés. L'action favorable produite sur les troubles psychiques par une affection fébrile intercurrente, lui a suggéré l'idée de provoquer une affection fébrile par des injections de tuberculine. Il a commencé par injecter un milligramme, puis a augmenté progressivement la dose de façon à produire une fièvre ne dépassant pas 39°.

Trois malades, qui présentaient des symptômes d'aliénation depuis deux ou trois ans, ont été complétement guéris ; plusieurs autres sont améliorés et guériront peut-être.

M. von Wagner a commencé des expériences semblables avec des cultures de bacille pyo-cyanique.

D^r Silva.

VARIÉTÉS

LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES CONTAGIEUSES.

Nous avons toujours protesté dans ce journal, au nom du secret médical et de l'indépendance des médecins, contre la déclaration obligatoire des maladies contagieuses.

La *Semaine médicale* reproduit un article du D[r] Roux, directeur du bureau d'hygiène de la ville de Lyon ; cet article, publié dans la *Province médicale*, signale un inconvénient provenant de la carte postale imprimée, servant à la déclaration.

« La carte-déclaration détachée du carnet à souche du médecin est, on le sait, unicolore sur ses deux faces dont l'une porte mention de la maladie déclarée (sous forme de numéro conventionnel, ou sous sa véritable appellation nosologique, du nom et de l'adresse du malade, de la signature enfin du médecin traitant, si ce dernier juge à propos de l'apposer — et je dirai ici, entre parenthèses, que j'ai la conviction que, neuf fois sur dix, c'est une signature *réflexe* qui se trouve ainsi placée, presque à l'insu de son auteur, au bas d'une déclaration qui, par sa nature même, est comme une sorte d'ordonnance — tandis que l'autre face de la carte est exclusivement réservée à l'adresse (imprimée d'avance) du préfet ou du maire.

« Or, l'uniformité des deux côtés de la carte postale (laquelle, bénéficiant de la franchise postale, *ne porte pas de timbre*), comme aussi la disposition typographique des lignes réservées au nom et à l'adresse du malade, aussi malheureusement conçue que possible, sont autant de raisons accumulées pour induire presque forcément en erreur les facteurs peu habitués encore à ce genre de correspondance et, avant eux, les employés sédentaires chargés de marquer au timbre humide les plis quels qu'ils soient, à l'arrivée et au départ.

« Que résulte-t-il de tout cela ? Une chose bien simple, bien naturelle, et à laquelle personne n'avait songé en raison même de sa simplicité ; le facteur chargé de la distribution à domicile se trompe (je ne saurais encore dire quel est le pourcentage de ces sortes d'erreurs) assez souvent, égaré par l'apposition anormale du timbre humide, ou victime parfois de son manque d'attention, et rapporte tranquillement au domicile du malade le bulletin qui devait faire part de sa maladie à l'autorité compétente. Un assez grand nombre de fois déjà, depuis le peu de temps que fonctionne à Lyon le service des déclarations obligatoires, ces sortes d'erreurs se sont produites et, il y a quelques jours à peine, un de nos maîtres les plus sympathiques a été tout étonné d'apprendre, par l'intermédiaire de l'administration des postes, qu'un de ses enfants avait la scarlatine. Le mal, dans le cas actuel, n'était pas bien grand, mais il n'en est pas toujours ainsi.

« Témoin l'aventure suivante récemment arrivée à l'un de nos confrères : appelé à soigner un enfant atteint de l'une des maladies obligatoirement déclarables, il ne croit pas devoir, pour des raisons que seul il avait à apprécier, faire part à la famille de la véritable nature de la maladie :

il maquille donc officieusement son diagnostic, mais il le transmet officiellement et tel quel, comme c'était son devoir, à l'autorité municipale; il aurait pu, il est vrai, se servir pour cela du numéro conventionnel inscrit sur son carnet, mais enfin il n'y songe pas et le voilà confiant hardiment et en toute sécurité à la poste la carte ouverte qui porte le nom et l'adresse des parents du malade, le nom de la maladie et le sien propre sous forme de signature.

« Le lendemain le père de famille reçoit la missive, apprend avec le plus grand étonnement que son enfant a... mettons la diphtérie, si vous voulez, et lit avec stupeur au bas du terrible diagnostic le nom du médecin qui, la veille, lui avait affirmé qu'il ne s'agissait (c'est encore là une supposition destinée à masquer un fait déjà trop ébruité) que d'une simple angine sans gravité.

« Et le voilà furieux qui s'en va trouver son médecin, et lui reproche en termes amers de l'avoir trompé d'abord, et ensuite d'avoir abusé de sa confiance et violé le secret professionnel en divulguant la maladie dont est atteint son petit client (beaucoup, dans le public, ne savent pas encore, en effet, que la déclaration de certaines affections est absolument obligatoire pour le médecin), d'où scène désagréable, récriminations, menaces même peut-être et très probablement défection définitive du client auquel il aura été absolument impossible de faire entendre raison. »

Voilà un inconvénient qui sera encore plus grave s'il s'agit d'un petit commerçant, et si sa concierge et ses voisins, apprenant ainsi qu'il a chez lui une maladie contagieuse, mettent sa boutique en interdit.

D[r] M. JOUSSET.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

AVRIL 1895

HOPITAL SAINT-JACQUES

fondé par la Société homœopathique de France

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES BIENFAITEURS

le 24 *mars* 1895.

M. le Dr P. JOUSSET, président de la Commission administrative, chargé du rapport médical pour l'exercice 1894, ouvre la séance par ces paroles :

Mesdames et Messieurs,

Du 1er janvier au 31 décembre 1894, il est entré 281 malades. 23 étaient encore dans les salles au 1er janvier, ce qui fait un total de 304 malades. Sur ces 304 malades 25 sont morts, ce qui nous donne une mortalité de 8,22 0/0 au lieu de 11,9 0/0, chiffre de la mortalité de 1893. Et, par conséquent, une mortalité moindre de près de 4 0/0 en faveur de l'année 1894.

Si nous décomposons ce chiffre de 25 décès nous trouvons :

Cancers.	3
Cachexie diabétique.	1
Phtisie.	15

soit 19 décès produits par des maladies absolument incurables.

Les maladies aiguës présentent des résultats qui démontrent la supériorité du traitement homœopathique.

Sur 3 cas de diphtérie, il y a eu 1 seul mort à la suite du croup.

12 pneumonies et broncho-pneumonies avec 1 seul décès, chez un alcoolique, 2 pleurésies guéries et 16 fièvres typhoïdes sans 1 *seul décès*.

Si nous rapprochons de ce dernier chiffre le résultat du traitement de la fièvre typhoïde en 1893, 9 cas sans aucun décès nous aurons en deux ans 25 *cas de fièvre typhoïde sans aucune mortalité.*

Le chiffre de la mortalité pour la fièvre typhoïde à l'hôpital Saint-Jacques, depuis sa fondation, était il y a quelques années de 6,63 0/0. Il est aujourd'hui de moins de 6 0/0.

Nous avons donc obtenu dans la fièvre typhoïde, par le traitement homœopathique, des résultats supérieurs à tous les traitements pharmaceutiques connus. Le professeur Bouchard, qui a les plus beaux chiffres, avoue encore 10 0/0. Seul le traitement de Brandt rivaliserait *peut-être* avec le traitement homœopathique, mais en supposant qu'il n'y ait rien à retrancher de ces statistiques enthousiastes, le traitement homœopathique aurait encore sur celui par les bains d'eau froide, le triple avantage d'être d'une application facile, de ne pas être douloureux pour le malade et enfin, et surtout, de ne jamais être la cause d'accidents mortels.

Mesdames et Messieurs,

Nous avons plaidé la cause de l'hôpital homœopathique non par des phrases, mais par des faits qui démontrent que les sacrifices que vous vous êtes imposés pour la fondation de cet hôpital ont produit un double fruit, le bien des malheureux d'abord, la propagation de la vérité thérapeutique ensuite.

Nous pensons que ces considérations seront suffisantes pour vous déterminer à nous faire de larges aumônes et à nous permettre de continuer une œuvre qui est surtout la vôtre.

Il nous reste encore un devoir à remplir. Nous devons vous parler du docteur Cretin que nous avons eu la douleur de perdre au commencement de cette année. Cretin a laissé dans la société parisienne, le souvenir d'un médecin aussi distingué par sa bonté qu'il était remarquable par sa grande science. Mais parmi nous, Mesdames et Messieurs, sa mémoire est à jamais liée à la fondation de cet hôpital. Quelle activité il déploya pour faire arriver les souscripteurs ; quel zèle pour réveiller les tièdes, les timides, les indifférents ; avec quelle intelligence et quelle sagesse il sut assurer l'organisation dont les malades recueillent aujourd'hui les fruits et qui assure le succès de notre œuvre.

Le Dr MARC JOUSSET, trésorier, donne ensuite lecture du rapport financier pour 1894.

Avoir :

En caisse le 1er janvier.	19.462,20
Rentes (titres en portefeuille). . . .	9.208,90
— (titres chez le notaire). . . .	14.802,75
Bénéfices du compte courant (Crédit Lyonnais).	31,70
Souscriptions, dons, vente.	18.177,15
Produits de l'hôpital (chambres payantes, dons des malades et de leurs bienfaiteurs).	23.954,65
	85.637,35

Dépenses :

Nourriture.	15.911,00
Cognac et Rhum.	60,00
Eclairage.	1.134,00
Eau.	297,00
Blanchissage.	1.530,00
Divers (chaudronn., porcel., lit., etc.).	1.044,20
Vin (entrée et port).	1.407,00
—	1.210,75
Loyer.	5.125,00
Lingerie.	500.00
Contributions.	1.677,65
Charbon	3.748,70
Assurances.	86,75
Vidanges.	771 ,00
Architecte (honoraires).	279,35
Mémoires de l'horloger.	40,00
— de l'électricien.	68,75
— du serrurier.	218,00
— du fumiste.	1.586,00
— du menuisier.	234,00
— du plombier.	1.000,00
— du marchand d'inst. (Luer)	9,60
— — (Collin)	30,00
Frais d'avoué.	1.800,00
Frais du notaire.	623,95
Divers (imprim., frais de postes, etc.). .	120,80
Frais du Crédit Lyonnais.	49,00
Traitement des internes.	1.125,00
— de l'aumônier.	800,00
— des sœurs.	1.500,00
— du concierge.	1.500,00
Domestiques, gardes de nuits.	2.200,00
	47.687,50

Nos recettes s'élevant à 85.637,35 nous devrions donc avoir en caisse au 1er janvier 1895 une somme de 37.949,85 ; mais nous avons versé chez notre notaire une somme de 21.150,20, destinée à contribuer au rachat des actions et obligations de la Société anonyme qui a construit l'hôpital Saint-Jacques. Nous vous exposerons tout à l'heure en quoi consiste cette opération. Il ne nous restait donc au 1er janvier dernier que 16.799,65.

Nous devons expliquer quelques chiffres ; on doit d'abord retirer de nos recettes une somme de 13.500 francs, produite par la vente de nos dames patronnesses ; ce qui est une recette extraordinaire ; nous devons aussi retirer de nos recettes ordinaires une partie des rentes des titres déposés chez le notaire, 14.802 fr. 75, chiffre beaucoup plus considérable que les années précédentes parce qu'il contient tous les intérêts arriérés du legs de Mme Thayer, environ 3.000 francs, plus les intérêts accumulés d'un titre hypothécaire provenant du legs de Mlle Vinet et montant à environ 8.500 francs ; il y aurait donc comme recette extraordinaire 13.500 francs provenant de la vente et 11.500 francs provenant d'intérêts arriérés, soit 25.000 environ. Nous devons donc considérer comme recettes ordinaires 40.000 francs environ, si nous retirons la somme de 19.000 francs, qui étaient en caisse en janvier 1894.

Si nous comparons nos recettes à nos dépenses nous voyons que nos dépenses montent à 47.000 francs, chiffre supérieur à nos recettes ordinaires ; nous devons en outre faire remarquer que nous n'avons payé qu'un terme de loyer. Si nous avions payé notre année entière, nos dépenses seraient de 63.000 francs environ, chiffre bien supérieur à nos recettes.

Vous avez vu que nous avions versé chez notre notaire une somme de 21.150 fr.20, destinée au rachat des actions et obligations de la Société anonyme des hôpitaux homœopathiques. En effet, cette Société, qui est propriétaire de notre immeuble, voyant combien nous pouvions difficilement payer notre loyer, voulant, d'autre part, favoriser le développement de l'hôpital Saint-Jacques, a bien voulu faire des démarches auprès des actionnaires et obligataires pour arriver à une dissolution de la Société. Le Président de la République, sur avis conforme du Conseil d'État, nous a autorisé à aliéner un certain nombre de titres provenant de legs, pour nous procurer la somme nécessaire au rachat des titres de la Société des hôpitaux homœopathiques. Nous devons remercier ici un grand nombre de ces porteurs de titres qui nous les ont cédés dans les conditions les plus avantageuses et qui ont montré une grande générosité pour l'hôpital Saint-Jacques. Nous pourrons l'année prochaine vous dire les résultats favorables de cette opération et vous montrer que nous avons réduit ainsi considérablement les frais de loyer.

Malgré tout vous serez encore obligé de nous venir en aide, pour nous permettre de continuer à recevoir ici gratuitement un nombre de plus en plus grand de malades, que nous pourrons faire participer aux bienfaits d'une thérapeutique à laquelle ils ne pouvaient pas recourir autrefois faute d'hôpitaux.

C'est à vous tous qu'ils doivent ces avantages, à ceux qui ont bien voulu depuis si longtemps nous apporter chaque année le concours de leur bourse, à nos dames patronnesses, qui tous les deux ans organisent ces ventes, qui nous fournissent les ressources nécessaires à notre existence. Sans leur dévouement infatigable, sans votre

générosité jamais tarie, notre hôpital aurait toujours végété. Aujourd'hui, il vit, et si vous lui continuez votre précieux concours, il vivra longtemps en augmentant toujours son côté charitable et philanthropique.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

SEPTIÈME LEÇON

SOMMAIRE : Sciatique. — Indication de Nux vomica et d'Ignatia. Question des doses. Effets primitifs et secondaires. — Effets primitifs produits par des doses extrêmement faibles, effets secondaires par des doses très fortes. — Formule pour le choix des doses ; appliquer la dose qui produit chez l'homme sain des phénomènes analogues à l'état pathologique à combattre. — Extase hystérique, observation. — Cannabis indica. Sa matière médicale. — Hémoptysies : moyennes, millefolium et ipéca ; fortes, aconit et ledum palustre. — Ergotine. — Spécialité d'action des différents médicaments des hémorrhagies.

Le malade qui est couché au lit n° 3 de la grande salle des hommes est atteint depuis trois mois d'une sciatique. Il fut amélioré dans les hôpitaux, mais non guéri. A son entrée ici, comme le malade se plaignait de douleurs fulgurantes, par élancement et avec contraction musculaire, je lui donnai nux vomica 1re trituration décim., 20 centigrammes, sous l'influence duquel j'obtins une amélioration assez rapide. Mais comme le malade souffrait beaucoup la nuit, et qu'il ne pouvait rester en place (car il y a des sciatiques où le malade éprouve un soulagement par le déplacement, d'autres où il ne l'éprouve que par le repos) je lui ordonnai la fève de Saint-Ignace à la 6e dilution.

Voyant que la 6e dilution ne donnait pas grand soulagement au malade, je prescrivis alors la 12e à l'aide de laquelle j'obtins une amélioration sensible.

Cet exemple de la 6e dilution de la fève de Saint-Ignace ne produisant rien, et de la 12e dilution agissant pour le mieux du malade, me donne l'occasion de vous parler des doses.

Certains médecins donnent toujours la 30e, d'autres la 6e, d'autres des doses massives. On saisit facilement les inconvénients de cette posologie. Ainsi quand un partisan des trentièmes voudra traiter la syphilis ou la fièvre intermittente il éprouvera d'amères déceptions et son client encore plus que lui.

Il ne faut pas se dissimuler qu'en pareil cas, un homœopathe pur est très dangereux.

Je me rappelle avoir soigné, autrefois, un officier de marine atteint d'ulcérations spécifiques du nez et qu'un médecin avait traité par des doses infinitésimales. Le malade allait de mal en pis quand je l'entrepris. Je lui ordonnai aussitôt la médication fort connue que mon maître et ami Ricord m'enseigna, c'est-à-dire le mercure et l'iodure de potassium à doses pondérables. Et la maladie de notre officier de marine commença à s'améliorer au bout de quelques semaines et il guérit entièrement.

Quant aux fièvres intermittentes, il y a quarante ans que je fais campagne pour amener les homœopathes à se servir des doses prescrites par Torti et Sydenham. Et je n'ai pas perdu mon temps car aujourd'hui la grande généralité des médecins homœopathes emploie les doses massives de sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre intermittente.

Et la noix vomique? Croit-on qu'on ne doit l'admi-

nistrer qu'à une seule dose. Tantôt c'est à la 30e dilution qu'elle agit comme dans les névralgies, surtout celles de la face ; tantôt c'est à la 12e, comme dans la dyspepsie, tantôt en teinture comme dans les crises de douleurs musculaires. Et combien d'autres médicaments présentent des différences analogues dans le choix de la dose.

Je vous ai parlé du drosera dans la phtisie et dans la coqueluche où il agit à des doses différentes ; mais je vous dirai même que, selon les malades, le médecin doit varier les doses, car il y a des sujets très sensibles au drosera. Le n° 1 de la petite salle des hommes en est un exemple. La teinture de drosera avait exagéré sa toux, la 6e dilution la calma.

Donc, on voit combien il est utile de varier les doses et de donner les médicaments tantôt à doses fortes, tantôt à doses infinitésimales.

Mais existe-il une règle pour le choix de la dose. Nous avons essayé de trouver une formule pour le choix des doses en nous basant sur les lois de matière médicale mises en lumière par Hahnemann. Ces lois ont été admises depuis par Nothnagel et Rossbach, reconnues par d'autres encore. La thèse du Dr Calvet sur la morphine expose complètement ces lois.

Voici la première de ces lois : une dose moyenne de médicament administrée à un homme sain, en une seule fois, produit, successivement, deux effets opposés. Ainsi, une dose moyenne de morphine produit dans une première période l'accélération et l'irrégularité de la respiration, l'accélération et l'irrégularité des mouvements du cœur, l'élévation de la température, l'augmentation des urines, etc.

A ces effets primitifs, succèdent le ralentissement et la

régularisation des mouvements respiratoires ; le pouls se ralentit et devient régulier, la température diminue, les urines deviennent rares, etc.

Hahnemann a appelé effets primitifs ou de premier ordre ceux qui se produisent les premiers et effets secondaires ou de second ordre ceux qui apparaissent ensuite.

Mais puisqu'il y a des effets primitifs et des secondaires, les uns contraires aux autres, alors il n'y a ni homœopathie, ni allopathie et le contraria contrariis curantur régit le monde thérapeutique aussi bien que le similia similibus ! Mais attendez, cette loi n'est pas seule et il en est une autre qui la complète.

Plus la dose du médicament est forte, moins l'action primitive est marquée ; si cette dose est excessive, l'action secondaire, seule, se développe.

Au contraire, quand la dose est faible, infinitésimale, l'effet primitif seul se développe et l'effet secondaire n'apparaît pas.

La toxicologie et les expériences sur les animaux nous fournissent des exemples nombreux de ce fait. Ainsi, une forte dose de strychnine peut produire la paralysie d'emblée sans qu'on puisse constater l'état convulsif qui, avec des doses moins fortes, constitue l'effet primitif de la strychnine ; mais, si la vie persiste, on voit alors apparaître les secousses convulsives quand le poison a été en partie éliminé et, ainsi, le symptôme primitif deviendrait secondaire, comme le secondaire était devenu primitif.

La digitale à dose toxique produit l'asystolie soit d'emblée, soit après une période très courte d'excitation.

La caféine administrée à dose forte produit d'emblée la diminution de la pression artérielle, à doses moins fortes une augmentation de pression artérielle précéderait la diminution.

Des deux lois que nous venons de rapporter et des exemples que nous avons cités découlent les deux corollaires suivants : avec des doses petites infinitésimales les *effets primitifs* seuls se manifestent ; avec des doses fortes les *effets secondaires* sont surtout marqués.

D'où nous tirons les règles suivantes conformes à la loi de similitude :

Quand un état pathologique rappelle les *effets primitifs* d'un médicament ce sont les doses infinitésimales que l'on doit prescrire puisque ce sont les doses qui produisent chez l'homme sain des effets analogues. Mais quand un état pathologique représente des effets secondaires d'un médicament, ce sont des doses fortes qui sont indiquées par la loi de similitude.Exemple l'iris à dose infinitésimale est homœopathique à la constipation et le même médicament aux premières triturations décimales est homœopathique au choléra des enfants.

Me voici amené à vous parler d'un cas assez curieux, d'une affection hystérique dont est atteinte la malade couchée au lit n° 6 de la petite salle des femmes.

Obs. — Mme C..., âgée de 47 ans, entrée le 10 novembre 1894.

La grand'mère maternelle, qui fut atteinte à un moment donné de sa vie de léthargie, est morte d'un asthme à 76 ans ; le père est mort d'un accident ; la mère, toujours d'une santé délicate, n'a cependant pas eu de graves maladies mais elle était sujette aux migraines et aux vomissements. Elle n'eut qu'une enfant, souffrit beaucoup à son retour d'âge et mourut le sixième jour d'une fièvre typhoïde. Fort bien portante étant enfant, notre malade reçut à l'âge de 12 ans des brûlures assez graves

au bras, à la poitrine et au menton dont elle conserve encore des cicatrices. Et c'est depuis ce temps que cette femme se plaint d'avoir souffert des nerfs.

Réglée à 13 ans et 1/2, régulièrement et fort, elle eut des crises de nerfs pendant des années. Elle restait plusieurs heures en léthargie. Elle souffrait aussi beaucoup à l'époque des menstrues.

On conseilla de la marier jeune, mais la malade souffrit beaucoup dans les premiers rapports avec son mari. Le médecin constata une descente de matrice. On la crut enceinte mais les règles existaient cependant. La malade avait du lait, souffrait beaucoup et vomissait. C'était une grossesse nerveuse.

Alors trois ans se passent. Mais on la croit de nouveau enceinte. Elle est même prise de douleurs mais aucun enfant ne naît. Deux fois elle eut des hémorrhagies à la suite d'émotion. On examina la malade et on constata une tumeur fibreuse.

L'ablation totale des organes internes de la génération fut alors faite en 1889.

Les migraines dont était atteinte la malade disparurent mais à partir de ce moment la malade eut des absences fréquentes dont elle n'a pas conscience. Elle a de mauvaises digestions, de l'insomnie et est de plus en plus nerveuse.

Ces absences se répétaient trois fois dans une seule matinée et duraient dix minutes. Elles avaient lieu surtout quand la malade était fatiguée ou bien préoccupée.

Le diagnostic fut un instant hésitant mais cependant le calme de la figure pendant les accès d'absence, l'intégrité absolue et la conservation de l'intelligence joint à l'existence incontestable de tous les signes de l'hystérie, firent

porter le diagnostic *accès d'absence hystérique*. La malade fut mise à l'usage d'ignatia (6) II gouttes. L'état resta le même jusqu'au 4 décembre. A ce moment la malade fut prise de douleurs abdominales excessivement violentes s'aggravant au moindre contact, accompagnées de ballonnement du ventre et d'un certain degré de constipation.

Cette fausse péritonite, *spuria peritonea*, s'accompagna bientôt d'un mouvement fébrile continu assez intense qui tint quelque temps notre diagnostic en suspens. Néanmoins aucun symptôme grave ne s'étant montré et la fièvre ayant disparu en quelques jours sous l'influence d'aconit et bryone prescrits tous deux en teinture-mère, la douleur elle-même s'amoindrit considérablement et nous fûmes absolument fixé sur la nature hystérique de cette affection, d'autant plus qu'elle cessa brusquement pour être remplacée par une céphalalgie énorme.

Cette céphalalgie dura peu de jours et les absences qui avaient disparu pendant les douleurs de ventre reparurent le jour même où cessa la céphalalalgie.

C'est alors que je prescrivis cannabis indica (12), 4 globules à prendre quatre fois par jour.

Les absences diminuèrent très rapidement. Elles disparurent tout à fait quatre jours après l'usage du cannabis et a malade se trouvant parfaitement bien demanda à sortir le 18 janvier.

J'ai prescrit le cannabis indica parce que, indépendamment des symptômes de rêve avec hallucination, il produit en quelques cas de véritables extases avec ou sans catalepsie.

Le cannabis sativa cultivé dans nos contrées est de la même espèce que le cannabis indica, seulement le soleil des tropiques donne au chanvre de l'Inde une virulence

considérable. Plus on se rapproche du nord, moins la cannabine, principe actif de cette plante, est abondante, et en Norwège on mange la graine de chanvre étalée sur du pain. Dans notre pays, le cannabis sativa produit souvent des phénomènes d'ivresse chez les personnes qui s'endorment près d'un champ de chanvre et les oiseaux, qui se nourrissent de graines de chanvre, ont soin de rejeter la coquille, qui contient la cannabine, pour manger seulement l'amande qui est nutritive.

Le haschisch est un extrait de chanvre indien qui est employé en Orient pour produire des rêves, des hallucinations et des extases qui sont recherchées par ces populations parce que le souvenir en reste intact. L'abus du haschisch, comme celui de l'opium et de l'alcool, conduit à une décrépitude précoce et à l'abrutissement.

Hahnemann a donné quelques symptômes qui ont rapport à la catalepsie, mais c'est surtout un médecin de l'Inde qui l'a fort bien étudié, le Dr O'Shaughnessy.

Remarquons, en passant, que le cannabis indica n'est pas seulement un médicament des troubles hystériques mais qu'il est excellent au début d'une blennorrhagie, lorsque, pendant l'émission, les douleurs sont brûlantes et qu'il y a écoulement abondant. C'est le médicament de la première période. Toutefois le meilleur médicament est encore cantharis dont les symptômes sont : brûlure en urinant, érections doulourenses, etc.

Au n° 10 de la grande salle des hommes est un homme atteint de phtisie depuis quinze ans. C'est, comme on le voit, une phtisie relativement bénigne. De plus elle est sans fièvre. Mais de temps à autre, le malade crache du sang.

Je lui donne alors, en ces moments, millefolium et ipeca. Les crachements de sang diminuent et disparais-

sent même. Je continue pendant quelques jours les médicaments pour les cesser et ne les reprendre qu'au premier crachement de sang.

Mais qu'est-ce donc que millefolium ?

C'est une plante de la famille des synanthérées connue encore sous le nom d'achillea, herbe aux charpentiers, elle fleurit en automne. Les bestiaux en sont très friands et certaines gens prétendent que leur lait ne guérit les phtisies que parce qu'ils mangent du millefeuille. Toujours est-il que c'est un médicament traditionnel, antihémorragique mais surtout excellent contre les hémoptysies et le flux hémorroïdaire (Rivière, Boerhave). D'autres médecins recommandent aussi le millefeuille contre la suppression et la diminution des règles?

Mais les médecins allopathes ne comprennent pas cette double action en sens inverse.

La loi de similitude nous donne l'interprétation de ces faits en apparences contradictoires et les élèves de Hahnemann comprennent que c'est parce qu'il est hémorrhagipare que le millefeuille guérit les hémorrhagies.

Toutefois le millefeuille n'est indiqué dans la phtisie que pour les hémorrhagies petites et moyennes, et je lui associe toujours ipeca. Je ne vous en donnerai pas la raison ; mais je puis vous dire que mon expérience clinique a justifié ma manière d'agir.

L'ipeca dont je vous ai déjà parlé est un médicament hémorrhagipare. On sait que les pileurs d'ipeca sont atteints d'hémoptysie.

Mais ce qui caractérise surtout ipeca c'est une grande abondance de sang précédée du bruit de bouillonnement dans les bronches. Il convient dans les hémoptysies petites et moyennes et associé avec millefeuille.

Mais que donnerons-nous dans ces grandes hémorrhagies prémonitoires de la phtisie auxquelles le malade succombe quelquefois au début même de la maladie, et dans les hémorrhagies foudroyantes qui se produisent pendant la période cavitaire et qui sont dues soit à la transformation graisseuse des parois de l'artère, soit à sa dilatation quand elle n'est plus soutenue par le tissu pulmonaire.

On comprend que dans les hémorrhagies vraiment foudroyantes et suivies de mort rapide il ne puisse être question de l'intervention d'un médicament. L'aération, l'application d'eau froide sur le thorax, la ligature des membres, sont les seuls moyens qu'on puisse mettre en œuvre avec quelques chances de succès.

J'ai toujours donné dans les grandes hémorrhagies : aconit et ledum palustre. J'emploie aconit dans les hémoptysies ayant pour caractères une élévation considérable de la température (car la température annonce quelquefois les hémorrhagies), quand le pouls est large, très fort, que le malade est anxieux, qu'il a la face rouge.

Quant au ledum palustre, c'est un médicament presque inconnu des allopathes. C'est à peine si Cazin le mentionne.

Pour nous, c'est un médicament hémorrhagipare, moins cependant que ne l'est l'ipeca et le millefeuille. Il produit des douleurs, des épistaxis, etc.

Mais quand doit-on donner le ledum palustre qui ne fait jamais défaut lorsqu'il est bien indiqué.

Hahnemann nous en avait déjà fixé les signes.

Le ledum palustre convient dans les hémoptysies accompagnées d'une toux incessante, et d'un chatouillement dans la gorge, quand le pouls est large et rapide.

En réalité, le ledum palustre se rapproche de l'aconit, mais il faut se rappeler que le ledum s'accompagne d'une toux pénible, convulsive et analogue à celle de la coqueluche, tandis qu'aconit convient aux hémoptysies faciles.

L'année dernière j'eus à soigner un homme dont la maladie présentait tous les caractères qui indiquent le ledum palustre. Hémoptysie abondante survenant tous les soirs depuis plusieurs jours accompagnée d'une toux quinteuse extrêmement violente. Le médicament administré à doses infinitésimales ne produisit aucun effet. Et j'aurais certes changé si je n'avais appris de Petroz qu'il vaut mieux augmenter les doses que de changer un médicament choisi. Je continuai donc le médicament en passant à la teinture mère et j'arrivai progressivement jusqu'à xxx gouttes de cette teinture.

A cette dose, l'hémorrhagie diminua rapidement et cessa bientôt complètement.

Quelquefois, comme adjuvant, je prescris dans les hémorrhagies abondantes une piqûre d'ergotine. Mais je vous avouerai que je n'y ai pas grande confiance, parce que son action n'est pas notable.

D'ailleurs tous les médicaments n'ont-ils pas une localisation spéciale? C'est ainsi qu'hamamelis convient aux hémorrhagies hémorrhoïdaires, le thlaspi aux hémorrhagies utérines, le millefeuille aux hémorrhagies pulmonaires et encore à certaines autres.

L'ergotine convient surtout quand l'utérus est développé après l'avortement du sixième mois ou après l'accouchement. Mais dans les autres hémorrhagies il ne faut pas trop compter sur l'ergotinine.

HUITIÈME LEÇON

Sommaire : De la rage, observation ; terminaison par la mort ; valeur du traitement de Pasteur, statistique, technique du traitement préservatif de la rage. — La rage déclarée peut guérir. — Différents traitements proposés. — Colique hépatique grave. — Observation. — Influenza. — Du sulfate de quinine dans l'influenza.

De la rage.

Julien R..., âgé de 7 ans, a été mordu par un chien le 19 décembre 1894. Deux dents de la mâchoire supérieure ont été cassées, et on a constaté une morsure à la lèvre supérieure et au front. Arrivé à Paris, le 22 décembre, les inoculations de moelle rabique ont commencé le 23 décembre 1894 à l'Institut Pasteur et se sont terminées le 12 janvier 1895.

Aux environs du premier de l'an l'enfant a été pris d'un accès de tristesse considérable. Il est devenu très irritable, très nerveux. Cela a duré un jour, puis il s'est consolé. Le 7 janvier l'enfant a eu un abcès abdominal à la suite d'une des piqûres, abcès qui a très bien guéri. Cinq jours après la fin du traitement, le samedi 19 à midi, il n'a pas eu d'appétit ; il a très peu mangé et s'est endormi après le déjeuner, contrairement à son habitude. Réveillé deux heures après, il est resté maussade, a eu sans motif une crise de larmes. Le soir il n'a rien voulu prendre. La nuit de samedi à dimanche (comme les précédentes d'ailleurs) a été agitée. Il pousse des cris en dormant, se remue beaucoup. Le dimanche matin 20, il a eu des vomissements bilieux, s'est plaint d'une sensation d'étranglement. Il a bu un peu de thé sans trop de difficulté et a vomi plusieurs fois dans la journée. La sœur remarque un petit bouton

rose à l'endroit de sa morsure labiale. Température du dimanche soir 37°,9.

Dans la nuit il est allé 4 fois aux cabinets. Le lundi 21 janvier, au réveil, température 38°. La lèvre supérieure (mordue) présente de l'œdème — pas d'engorgement ganglionnaire. — Il se plaint d'avoir mal dans les deux tempes, ne veut pas se laisser laver : il a peur de l'eau.

La voix est nasonnée et difficile. Il refuse de boire, cependant il a soif. Le lait et les boissons lui répugnent. Pas de signes d'angine. Assez peu d'aérophobie. Il fait quelques pas en tenant la tête penchée en avant. Il a de la faiblesse des muscles du cou. Il laisse aller sa tête et ne peut la tenir droite. Il demande une omelette pour son déjeuner et ne peut en manger une bouchée. A 1 heure, on lui fait prendre 4 à 5 cuillerées de jus de pruneaux (qu'il a demandé). Il avale très difficilement, avec beaucoup de façons, se recule instinctivement à l'approche du liquide.

Les pupilles sont très dilatées. Il est vrai de dire qu'il a absorbé 0 gr. 10 de sulfate d'atropine (2e trituration), mais elles l'étaient déjà avant l'ingestion du médicament. Etat mental assez calme. Cependant il faut lui parler avec beaucoup de douceur, parce que contrairement à son habitude, il a peur. Il voit au plafond de grosses araignées imaginaires et prie de les chasser. Vers 3 heures, il a deux crises presque consécutives : cris, pleurs, excitations, mouvements cloniques des membres, céphalée occipitale. Remarquons que dans ces premières attaques, comme dans celles qui suivront, il garde sa connaissance entière. Pas de crachotement. Il ne veut pas rester au lit ; on est forcé de l'asseoir sur un fauteuil. Pouls très rapide. De 3 h. 1/2 à 6 h. 1/2, assez tranquille ; il reste debout. Pas de nou-

velles crises, mais il ne peut plus rien avaler. Salivation assez abondante. Temp. 38°,4. Il a pris dans cette journée de lundi 0 gr. 20 de sulfate d'atropine, 2e trituration centésimale.

A 8 heures, 10 heures et 11 heures du soir, on lui donne 5 et 10 centigrammes de moelle rabique, 6e trituration.

A 10 heures, injection sous-cutanée d'une seringue de Pravaz de la même préparation.

Quelques instants après 8 heures il a une grande crise identique à celles de l'après-midi, puis une autre à 9 heures, 10 heures, 10 h. 1/2, 11 heures, minuit, 1 heure. Cette dernière, terrible, a duré plus de quinze minutes.

A partir de 1 heure, l'enfant épuisé a été plus calme. Il s'est plaint d'avoir faim et soif, et de ne pas pouvoir avaler. A 5 heures il perd connaissance, reste sans mouvement dans le lit. Etat comateux. Respiration précipitée. Gros râle trachéal. Pouls rapide. La température prise à 6 h. 1/4 est de 41°. Les lèvres et la figure sont cyanosées. Il meurt tout doucement le mardi matin vers 6 h. 1/2.

On a fait l'autopsie ; une portion du bulbe a été portée à l'institut Pasteur, et dans une vingtaine de jours, nous saurons le résultat de l'inoculation pratiquée sur des lapins.

(Le lapin inoculé est mort de la rage au bout de trois semaines ; notre diagnostic se trouve ainsi confirmé.)

Voilà donc une mort survenue dans les quatre jours, avec les phénomènes énoncés plus haut.

Était-ce la rage? Quelle est la valeur du traitement de Pasteur? Y a-t-il un traitement de la rage confirmée? Telles sont les questions que nous allons étudier.

Les symptômes de la rage sont les vomissements, l'hydrophobie, la peur du vent, la réouverture de la cicatrice, le mouvement fébrile, les paralysies.

Les vomissements alimentaires bilieux, hémorrhagiques sont un prodrôme fréquent de la rage. Julien en a eu.

L'hydrophobie est un phénomène pathognomonique de cette maladie. Chez lui, elle était absolue : il a soif, il veut boire et ne le peut pas. Il tremble devant le liquide. Il n'a pas peur d'une glace, mais il a peur de l'eau.

L'aérophobie parfois très marquée a existé, mais en somme assez peu.

Il redoutait les chiens qu'il rencontrait dans la rue en allant chez Pasteur. Il y a des malades qui ont l'horreur du chien. C'est un signe de valeur, dit Bouley.

Les paralysies existent souvent. Chez Julien, il y a eu des troubles de la phonation et de la paralysie des muscles de la tête.

Le mouvement fébrile existe toujours dans la rage.

Dans notre cas, la température a atteint 41°.

Les hommes enragés mordent-ils? Non. Chaque animal se défend avec ses armes. Le chien et le cheval mordent. Le bœuf donne des coups de corne. L'homme entre en fureur et veut frapper.

On remarque des accès convulsifs très variables : convulsions cloniques, agitation, fureur, terreur, cris inarticulés, et en même temps gêne de la respiration : souvent les malades périssent par suspension de la respiration, ou bien ils meurent par état général, dans le collapsus.

Le sulfate d'atropine arrête les accès. Ici on n'a pas fait ces injections, surpris qu'on a été par la rapidité avec laquelle a évolué le mal. La maladie a débuté un mois après la morsure. La marche et la durée confirment le diagnostic. La mort survient presque toujours pendant les quatre jours. Fere semper intra quartum diem (Boerhave). Raro vel nunquam quartum diem excedit (Van Swieten).

Trousseau dit : dans les quatre jours et non le quatrième.

En présence de cet insuccès, est-ce une raison pour repousser le traitement de Pasteur. Il y a quelques années, beaucoup de Russes mordus par un loup vinrent suivre le traitement. Plusieurs moururent enragés.

Mais rappelons-nous que les questions de biologie ne sont pas des questions de chimie. Il y a parfois des échecs en chimie; à plus forte raison en biologie, où rien n'est sûr. C'est déjà beau quand il y a des succès. La statistique est très probante dans une affection telle que la rage. Voici les chiffres :

Inoculés ; morts : 1 0/0.
Non inoculés ; morts : 33 0/0.
Morsure à la face, inoculé ; morts : 1,28 0/0.

La morsure du loup est déplorable :

Inoculés ; morts : 14 0/0.
Non inoculés ; morts : 62 0/0.

Cette comparaison des résultats est donc très favorable au traitement de Pasteur.

On n'a pas encore trouvé le microbe pathogène. On vaccine avec la moelle des lapins. La rage est atténuée en passant du singe au singe. Elle est exaltée du lapin au lapin. La moelle a une virulence moindre si on la fait sécher à l'air de un jour à quatorze jours. La moelle la plus faible est celle du 14e jour. On l'inocule d'abord, et on arrive enfin à la moelle du premier jour.

La rage guérit-elle quand elle est déclarée ? On a cité des cas rares, mais authentiques de guérison (1). Il y a réellement des observations qui paraissent convaincantes.

(1) Tant chez l'homme que chez le chien.

On ne peut pas dire que la rage soit absolument incurable ; c'est un encouragement. Mais que de traitements stériles, sans compter celui de Van Helmont. Ce traitement consistait à immerger l'enragé et à le laisser sous l'eau le temps de réciter un *miserere*. Quand le malade ne mourait pas dans l'épreuve il guérissait de la rage. Aussi les vétérinaires ont essayé de guérir des chiens par l'asphyxie prolongée. Ces expériences, bonnes chez les animaux, ne peuvent s'appliquer à l'homme.

Parmi les meilleurs remèdes, citons la belladone. Le pasteur Munk et ses fils, au siècle dernier, affirment avec elle des préservations et des guérisions. Ils la donnaient à des doses non toxiques, mais fortes.

Elle a été employée comme préservatif et comme curatif.

Quant aux cas de préservation, il faut se rappeler que sur 100 chiens mordus, 33 seulement enragent (1). Sur 100 hommes mordus, quelle est la proportion d'enragés ? On l'ignore. En présence de ce fait, les méthodes préservatives n'ont pas de valeur à moins qu'elles ne préservent tout le monde ou a peu près.

En homœopathie on a également administré les solanées, belladone, jusquiame et stramonium. Les symptômes de belladone ressemblent à un accès de rage. Le Dr Roth les a résumés d'après 116 auteurs : hydrophobie, peur, hallucinations, crachotements, spasme du larynx, paralysies, vomissements, mort par asphyxie et par coma. Malheureusement, malgré cette similitude, la belladone guérit rarement, de même que la jusquiame et le stramonium. La cantharide produisant l'hydrophobie a été essayée en vain.

---

(1) D'après les statistiques de Regnault.

On a beaucoup vanté, en Orient, la noix vomique et l'arsenic. Mais il n'existe point de preuves cliniques à l'appui de l'efficaéité de ces médicaments.

Dans la rage confirmée, nous avons tenté l'atropine sous forme d'injection hypodermique, à dose faible, de VI à X gouttes d'une solution au millième. Elle produit un calme considérable. Il y a là une chose à chercher. Bergeron l'a employée de son côté, mais à dose très forte, et il prescrit, en même temps, 4 grammes d'iodure de potassium. Le plus grand antidote de la belladone étant l'iodure de potassinm, pourquoi associer ces deux ennemis qui se détruisent l'un par l'autre.

En résumé, jusqu'à maintenant, il n'y a pas de traitement de la rage confirmée.

Pasteur a essayé de la guérir par des injections intensives, *quand elle est déclarée.* Il n'y a pas réussi.

En diluant la moelle rabique, peut-être aurait-on obtenu quelque succès. C'était une dernière chance, nous l'avons tentée. Mais la marche de la maladie a été tellement foudroyante que le remède est arrivé trop tard. L'enfant n'a pu prendre que 0,20 gr. de la 6e trituration. Quelle donnée thérapeutique nous a porté à essayer dans la rage confirmée, le virus rabique atténué?

Il y a une loi presque constante de pharmacodynamie, c'est qu'un médicament produit des effets contraires à *doses fortes* et à *doses faibles.* Si donc le virus rabique à doses fortes donne la rage il est logique d'essayer ce même virus à doses très faibles pour guérir la rage. Le traitement de Pasteur ne repose pas sur une autre base, et ce traitement réussit presque toujours. On est donc autorisé, dans les cas où les inoculations relativement fortes de

Pasteur n'ont pas réussi à empêcher la maladie d'éclater, à essayer des doses très faibles, des doses *infinitésimales*. C'est pourquoi nous avons fait préparer une 6[e] dilution au 100[e], c'est-à-dire au trillionième. Nous avons obtenu des *élévations de température* chez les phthisiques avec des injections de lymphe de Koch au millionième et au billionième. Ces doses agissent donc et nous pensons, à l'occasion, essayer les injections rabiques au billionième, au millième et au cent-millième, dans le traitement de la rage confirmée.

Nous allons maintenant parler d'un cas pathologique plus commun : la colique hépatique.

Voici l'observation d'une malade en ce moment en traitement à l'hôpital.

Mme Louise R..., âgée de 26 ans, entrée à l'hôpital le 19 janvier, est couchée au lit n° 2 de la grande salle des femmes.

Cette femme a éprouvé ses premiers accès de coliques hépatiques, il y a trois ans. Ils débutaient subitement, se terminaient de même après une durée de quelques heures. Ces accès revenaient surtout au moment des règles.

Au mois de novembre dernier, cette malade fut prise d'un accès beaucoup plus violent et de longue durée, car il ne se termina que le quinzième jour. Après, la malade fut quelques semaines assez bien. Elle fut reprise subitement le 14 janvier. Les douleurs étaient excessives, s'accompagnaient de vomissements, de fièvre avec une température élevée et un ictère léger, mais cependant constaté par l'analyse chimique. A son entrée, le 19 janvier, elle présentait un état très alarmant au moins en

apparence. Les douleurs, disait-elle, occupaient tout l'abdomen. La fièvre était à 38°, mais elle s'éleva à 39°,2 dans la soirée pour redescendre le lendemain matin à 36°,5. L'agitation était excessive. La malade répondait à peine aux questions. Cependant, il fut possible de fixer dans la vésicule biliaire le summum de la douleur. Ce signe joint aux vomissements et à l'ictère nous permirent de porter le diagnostic : coliques hépatiques avec fièvre.

Le lendemain, la température étant tombée au-dessous de 37°, nous en profitâmes pour prescrire 1 gramme de sulfate de quinine. Depuis la fièvre n'a pas reparu, et la malade soumise à l'usage de l'aconit et de la belladone en teinture mère, semblait marcher vers la guérison. Cependant, dans la nuit du 24 au 25 elle fut reprise d'un petit accès de coliques hépatiques. Elle éprouvait en même temps tous les symptômes d'une sciatique du côté droit.

Les urines atteignaient à peine un demi-litre. Elles ne contenaient que 14 grammes d'urée par litre, c'est-à-dire que la malade se débarrassait d'une dose de 7 à 8 grammes d'urée en vingt-quatre heures, ce qui est insuffisant.

Je prescrivis, calomelas 1re trituration, 0,20 gr. et la malade évacua 2 litres 600 d'urine.

Un point particulier, c'est que la malade a eu un accès de fièvre. C'est un fait bien connu et déjà signalé dans la colique hépatique. Mais ce qui est plus sérieux, c'est ce retour rapide des crises et leur prolongation qui va s'accentuant.

Il y a là, certainement, un cas pouvant présenter des complications graves.

La femme a été mise au régime lacté exclusif, et nous allons essayer le china comme curatif de la colique hépatique.

En terminant, un mot : nous avons dans nos salles deux cas de grippe, dont un typique, avec fièvre marquée, rémittente, crachats abondants, purulents, spumeux. Très peu de signes stéthoscopiques à l'auscultation. Ipéca et bryone n'ont pas réussi. Nous allons donner le sulfate de quinine qui agit certainement dans l'influenza.

Une preuve, entre autres, c'est qu'il est devenu un remède populaire. Tout le monde l'accepte. C'est déjà une présomption, et une bonne, de son efficacité.

Nous avons, l'an dernier, soigné un boucher fort et robuste atteint d'une influenza grave. Il n'avait pas de fièvre. La température était à 37°. Le pouls accusait 64 pulsations. L'auscultation décelait un peu de bronchite, mais l'oppression et l'affaissement étaient considérables. Cet homme a pris le sulfate de quinine, après de nombreuses médications, et nous avons eu un succès à enregistrer.

Nous sommes convaincus qu'il y a des indications positives du sulfate de quinine dans l'inflnenza. Quelles sont-elles? Nous ne les connaissons pas encore.

Nous vous dirons dimanche tous les symptômes qui sont dans la matière médicale et qui se rapportent à l'influenza.

Quant à la dose, ce sera une affaire d'expérimentation clinique.

NEUVIÈME LEÇON

SOMMAIRE. — Colique hépatique, observation; symptômes cardiaques; mécanisme de la colique hépatique, ses terminaisons. — Sciatique. — Diabète. — Pleurésie tuberculeuse, observation, cantharis. — Influenza, observation, sulfate de quinine. — Quinquina, le plus précieux des médicaments. — Antipériodique, antipaludéen. — Accès intermittent dans les maladies continues. — Certains collapsus graves.

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'un cas particulièrement intéressant. C'est une jeune femme, couchée au n° 2 de la salle commune, présentant tous les symptômes d'une colique hépatique et un état tellement grave que nous redoutons la mort à courte échéance.

Le 27, cette malade fut mise à china 6^e^ quatre fois par jour et pendant les quatre jours qu'elle prit ce médicament, il ne parut pas de crises hépatiques (1). Le 31 janvier, la malade se plaint continuellement non de la région du foie et de l'estomac, mais du dos vers la pointe de l'omoplate droite et du nerf sciatique droit. Ces plaintes s'accompagnent d'angoisse, d'agitation et surtout d'oppression. La malade déclare qu'elle ne peut supporter ces angoisses. Je prescris alors chamomille 6^e^ et arsenic 6^e^, alternés toutes les deux heures. Le lendemain matin, la malade dit qu'elle a eu une selle abondante et qu'elle se trouve beaucoup mieux.

Le 1^er^ février, la malade, vers midi, est reprise d'une nouvelle colique hépatique. Cette crise va en augmentant

(1) La matière médicale de china répond en effet très bien à la colique hépatique et à la jaunisse, et d'ailleurs les expériences faites avec succès en Amérique pouvaient nous autoriser à l'administrer.

toute la journée et, le soir, les douleurs sont tellement fortes qu'on se décide à lui pratiquer une piqûre de morphine.

Le 2 février, le matin, la malade a dormi. Elle ne souffre pas, elle n'est pas oppressée, mais elle est encore agitée, angoissée. Je lui prescris de nouveau le china 6e. Le soir, vers 3 h. 1/2, quoique, dit-elle, elle n'éprouve pas de douleur à la région du foie, elle est prise d'une oppression considérable avec angoisse, jactitation, état lipothymique, pouls à peine sensible, sueurs froides, puis survient un frisson secouant qui se prolonge, mais finit par être remplacé par une chaleur insupportable avec sueurs. Le pouls s'est relevé, il est fréquent : 120 pulsations. La température, qui est élevée à 39° au moment du frisson, n'est plus qu'à 38°,2 deux heures après. L'angoisse est encore considérable, crainte de la mort, bruits du cœur très nets, retentissement de la systole de l'artère pulmonaire, quelques battements dans les veines jugulaires. Je prescris une injection de bromhydrate de quinine et de morphine, à répéter dans la nuit.

Pendant la période lipothymique, on avait fait une piqûre d'éther.

Le 3, au matin, la nuit a été très mauvaise. La malade, angoissée et agitée, est très oppressée; le pouls, à peine sensible, est très fréquent; les battements du cœur réguliers, encore assez bien frappés et d'un timbre clair, présentent cette particularité que le premier et le second bruit sont absolument semblables comme son et comme durée. Les *urines, qui ont diminué chaque jour, font complètement défaut depuis hier soir*. La malade a le sentiment d'une mort prochaine. Un chirurgien appelé en consultation déclare que la malade est trop faible pour supporter le

chloroforme et l'opération. Il pense qu'elle va mourir dans quelques heures. Nous prescrivons une injection de caféine de 20 centigrammes à répéter toutes les trois heures et alternée avec des injections de lactate de quinine.

Devant un état aussi grave et lié à une cause mécanique, la présence de concrétions dans les voies biliaires, il n'y avait évidemment qu'à faire de la médecine palliative.

L'indication se tirait ici de l'état du cœur ; l'hépatique était devenu *cardiaque;* la suppression des urines devait amener rapidement tous les symptômes d'urémie. Il fallait instituer une médication capable de lutter contre la défaillance cardiaque ; la digitale, la caféine et la quinine, ces trois poisons du cœur, qui tuent par asystolie, étaient indiqués. Nous avons préféré la caféine à la digitaline comme ayant une action plus prompte et moins périlleuse. Nous lui avons associé le sulfate de quinine qui répondait bien à l'état de collapsus.

A cette occasion, je crois nécessaire de vous dire un mot de la colique hépatique. Cette colique reconnaît pour cause des concrétions de cholestérine qui s'accumulent dans la vésicule biliaire et qui deviennent le point de départ de ces crises dramatiques appelées coliques hépatiques.

Comment se font les concrétions de cholestérine?

D'après l'opinion la plus ancienne et la plus répandue, la cholestérine étant retenue en dissolution dans la bile par le cholate de soude, se précipite en concrétions toutes les fois que les cholates viennent à diminuer et la cholestérine à augmenter.

Des auteurs plus modernes enseignent que des calculs se

forment quand il y a une inflammation catharrale de la vésicule.

Mais, comment se produit la colique hépatique? Sous l'influence des contractions de la vésicule biliaire, un calcul s'engage dans le canal cystique et, une fois engagé, il traverse le canal cystique, le canal cholédoque et l'orifice duodénal, à moins qu'il ne soit refoulé dans la vésicule. Si le calcul qui chemine à travers ces canaux est plus volumineux que leur lumière, il produit par sa présence et ses aspérités une irritation qui se traduit par un appareil symptomatique dont l'ensemble constitue la colique hépatique. Le calcul sort de la vésicule, quelquefois y retombe et la colique recommence. Suivant aussi que le canal cholédoque est oblitéré, il y a ictère ou non. Les irradiations se font par le nerf phrénique et, chez notre malade, se rendent dans l'omoplate et vers les reins.

D'après de récents travaux, on peut affirmer que souvent, dans les coliques hépatiques, il y a retentissement sur le cœur.

Toutes les fois que la membrane muqueuse de la vésicule est fortement irritée, il y a retentissement sur le poumon. La tension des artères du poumon est fortement augmentée, le cœur droit se dilate, s'affaiblit de plus en plus et l'hépatique devient alors cardiaque.

Si ces troubles cessent, le cœur redevient normal; car il n'est atteint que secondairement.

On constate d'autres fois des phénomènes d'inhibition sur le cœur, ce qui produit la lipothymie, la syncope et quelquefois la mort subite.

Vous avez vu que notre malade a présenté deux accès de fièvre, l'un le jour de son entrée et l'autre six jours après, c'est-à-dire le 2 février. Ces accès présentent les

trois stades de la fièvre intermittente : frisson, chaleur et sueurs. Dans des cas très graves, ces accès reviennent tous les deux jours et sont liés à une inflammation des voies biliaires. Leur pronostic est très sérieux. Quand ces accès se présentent, de loin en loin, ils n'ont pas un pronostic grave quoiqu'ils tiennent probablement à la même cause.

La terminaison presque constante de la colique hépatique est la guérison. Cette guérison s'obtient soit par l'expulsion du calcul dans l'intestin, soit par son retour dans la vésicule et l'atrophie de cette dernière. La première terminaison est de beaucoup la meilleure.

Je ne parlerai que pour mémoire des évacuations des calculs directement dans l'intestin, dans le bassinet et même dans la vessie. Enfin des complications d'inflammation et de suppuration de la vésicule avec péritonite possible.

J'ai à vous parler maintenant de malades moins intéressants. C'est d'abord le n° 5 de la salle des hommes, atteint de *sciatique*. La noix vomique l'a amélioré mais non guéri. Aussi, je lui ai administré l'iodure de potassium à la 30[e].

Quant au diabète, le sucre est revenu à 6 grammes par litre. J'ai remis la malade aux pastilles de pancréas.

La femme atteinte de cirrhose cardiaque n'a pas d'amélioration. L'ascite augmente. J'ai fait appliquer sur le ventre une compresse imbibée d'eau et d'un peu de vinaigre, comme m'avait dit un de ces messieurs qui assistent à mes conférences; l'urine a un peu augmenté. Je lui ai fait administrer un lavement froid, j'ai obtenu un peu plus d'urine.

Nous arrivons maintenant à un jeune homme né dans les montagnes et atteint de phtisie.

M. D..., âgé de 17 ans, entré le 11 janvier 1895 et couché au lit n° 5 de la grande salle des hommes.

D'après son dire, le malade s'est toujours bien porté jusqu'à la mi-décembre, et la maladie actuelle aurait débuté vers cette époque par de la toux.

Ce malade, pâle et maigre, a des antécédents héréditaires douteux. Le père, mort à 45 ans, sans qu'on puisse nous donner aucun détail sur cette mort; un frère et une sœur morts en bas âge.

La maladie débuta donc le 15 décembre par de la toux, auquel se joignirent bientôt la courbature, la faiblesse, et probablement la fièvre, puisque le malade fut obligé de s'aliter dès le 3 janvier.

Entré ici le 11 du même mois, il présente un mouvement fébrile peu prononcé de 38°,2 à 38°,5 matin et soir, avec quelques intervalles très courts d'apyrexie le 13, le 14, le 22 et le 23 janvier.

Ce malade tousse beaucoup. Il présente au sommet gauche une respiration rude et soufflante avec de rares craquements.

L'expectoration est très peu abondante. Seulement, elle permet de constater la présence des bacilles de la tuberculose. Comme il existe une douleur dans le côté gauche, douleur qui augmente par la respiration, nous prescrivons bryone (6) jusqu'au 15 janvier. Les cinq jours suivants, nous prescrivons aviaire (6). La diarrhée qui se montre à ce moment nous force à lui donner veratrum (3). Pendant ce temps, la température s'était manifestement abaissée, et atteignait rarement 38°. Une grande élévation de température se montre à partir du 26 janvier, 39° et 39°,5. Le point de côté apparaît et, malgré bryone, nous constatons le 28 janvier un petit épanchement à la base

du poumon gauche. Nous prescrivons cantharis (3). Sous l'influence de ce médicament, l'apyrexie se prononce et l'épanchement se résorbe.

Une légère recrudescence dans le mouvement fébrile se manifeste le 1er février au soir, ce qui nous fait prescrire cantharis teinture-mère, III gouttes.

La maladie a donc débuté le 15 décembre sans expectoration, mais des douleurs dans le côté. Les douleurs sont souvent une indication chez les phtisiques pour le poumon malade.

Ce jeune homme allait un peu mieux, et nous lui disions de partir pour les Pyrénées, quand une pleurésie se manifeste au 1/3 inférieur du poumon gauche ; les signes de cet épanchement étaient : une matité relative, l'éloignement considérable des bruits respiratoires et l'absence complète des vibrations thoraciques. Le timbre de la voix n'était pas changé.

Je lui donnai cantharis. Je ne sais plus si c'est Tessier ou Emery qui donna le premier la cantharis dans la pleurésie; toujours est-il que c'est l'école de l'Art médical et qu'il y a trente ans que nous employons ce médicament dans cette affection.

Cette pratique nous a été empruntée par l'école allopathique, et je me rappelle qu'il y a vingt ans une thèse fut soutenue où l'on donnait plusieurs observations d'épanchement pleurétique guéri avec quelques gouttes de cantharis en teinture.

La pathogénésie de la cantharide justifie absolument l'emploi de ce médicament dans la pleurésie, puisqu'il produit l'inflammation de la plèvre avec épanchement.

Nous employons habituellement la 3e dilution, III gouttes dans une potion de 200 grammes, une cuillerée toutes

les deux heures. Si cette dose ne suffit pas, nous descendons jusqu'à la teinture-mère employée de la même manière.

Je veux maintenant vous parler de l'action du *sulfate de quinine* dans le traitement de l'*influenza*. Il est certain que ce médicament a une grande efficacité. Je n'en veux pour preuve de son efficacité que la faveur dont il jouit auprès de la plupart des médecins et même auprès des gens du monde.

L'année dernière, j'avais à traiter un homme âgé de 45 ans, fort et gros, atteint de cette forme particulière de grippe apyrétique grave. Dans cette forme, les malades n'ont ni élévation de température, ni fréquence du pouls, mais la chute des forces et l'engourdissement cérébral vont croissant, et ils périssent dans le collapsus, avec une lésion plus ou moins étendue du poumon, après sept ou huit jours de maladie. Ce ne sont pas toujours les vieillards et les cachectiques qui présentent cette forme de la grippe.

Mon malade donc, après un traitement par la bryone, l'ipéca et l'arsenic, allait de mal en pis. Il était arrivé au quatrième jour de sa maladie quand je lui prescrivis deux prises de sulfate de quinine par jour, de 0 gr. 50 chacune. J'y ajoutai un peu de champagne. Le malade alla rapidement mieux et il guérit.

Nous avons aussi une malade dans nos salles, à qui le sulfate de quinine n'a pas mal réussi dans sa grippe.

Mlle Rosine R..., âgée de 36 ans, entrée le 25 janvier 1895 et couchée au lit n° 11.

Cette femme, qui était souffrante depuis plusieurs jours, est entrée à l'hôpital avec un mouvement fébrile à type rémittent ; 39° le soir, 38° le matin ; toux continuelle,

expectoration abondante et puriforme. Elle fut soumise au traitement par le sulfate de quinine 1re trituration 1/10, 1 gramme en 4 doses. Le quatrième jour de ce traitement, le mouvement fébrile est tombé, mais la toux persistant à peu près au même degré, les signes stéthoscopiques étant à peu près nuls, nous prescrivîmes ipéca et bryone 3e trituration et à partir du 1er février ipéca 1re trituration décim., 0 gr. 20 et bryone X gouttes de teinture-mère.

La toux diminua beaucoup, l'amélioration s'accentua de plus en plus et la malade entra en convalescence le 4 février.

Ainsi chez notre malade, le sulfate de quinine, quoique donné à la 1re trituration décimale, a eu une action très favorable sur le mouvement fébrile, mais il a semblé sans action sur le catarrhe des bronches, catarrhe qui a été modifié par les médicaments habituels bryone et ipéca.

D'autres malades atteints d'influenza ont également reçu le sulfate de quinine et dans nos réunions prochaines nous vous tiendrons au courant de cette question.

Le *quinquina* ! c'est un médicament héroïque par excellence et un vieux praticien que j'eus comme collègue en Poitou me disait que si on lui retirait le sulfate de quinine, il renoncerait à la médecine.

Au XVIIe siècle, en Angleterre, avant l'application du quinquina, pendant les sept années qui s'étendent de 1652 à 1660, il mourut 10.466 malades atteints de fièvre intermittente, et dans le siècle suivant alors que le quinquina était employé en thérapeutique, dans un espace de sept années aussi, de 1733 à 1740, il ne succomba que 31 malades à la fièvre intermittente.

Maillot, auquel on élève une statue en ce moment, eut

le grand mérite, en Algérie, de reconnaître la fièvre intermittente là où les sectateurs de Broussais ne voyaient qu'une gastrite et de sauver par l'application de sulfate de quinine des milliers de jeunes soldats.

L'importance thérapeutique du quinquina et du sulfate de quinine est donc incontestable et vous me permettrez d'exposer dans cette réunion les problèmes agités en thérapeutique à propos de ce médicament.

On s'est demandé si le sulfate de quinine était un antipériodique ou un antipaludéen; on a cherché à expliquer son action par ses propriétés antipyrétiques et antiseptiques.

Le sulfate de quinine est-il un antipériodique ou en d'autres termes le sulfate de quinine guérit-il tous les complexus pathologiques qui se présentent sous forme d'accès régulier ?

Non ! le sulfate de quinine n'est point un antipériodique et la preuve c'est qu'il ne guérit pas les accès fébriles de la troisième période de la phtisie ni les accès quotidiens ou tierces de la fièvre hépatique, ni les grandes oscillations des derniers septénaires de la fièvre typhoïde. Il ne guérit ni l'asthme, ni la migraine, ni les névralgies intermittentes, à moins que ces dernières ne soient de nature paludéenne.

Le sulfate de quinine est-il un médicament antipaludéen ?

Oui ! le sulfate de quinine est un médicament antipaludéen dans ce sens qu'il guérit *presque toujours* toutes les formes de fièvre paludéenne, même celles qui affectent le type continu. Il guérit aussi la dysentérie d'origine paludéenne.

Mais ce n'est pas tout. Le sulfate de quinine n'est

pas seulement un médicament antipaludéen ; il guérit encore deux ordres de faits pathologiques absolument étrangers aux miasmes des marais ; les uns affectent une marche intermittente, les autres revêtent une marche continue.

Du sulfate de quinine contre les accès intermittents dans les maladies à marche continue et non paludéennes.

C'est un fait dont la preuve clinique est faite depuis longtemps, le sulfate de quinine guérit la malignité qui survient par accès ou si vous le préférez les accès pernicieux qui se montrent dans le cours de maladies à type continu et sans aucune origine paludéenne comme la pneumonie et la fièvre typhoïde par exemple. Il va sans dire que nous ne parlons point ici de pneumonies de nature paludéenne, véritables fièvres pernicieuses à localisation pulmonaire et qui, de tout temps, ont été traitées avec succès par le sulfate de quinine. Mais nous voulons désigner ici les associations de symptômes extrêmement graves affectant la forme et la marche d'accès pernicieux dans le cours de pneumonie ou de fièvre typhoïde ordinaire.

Du sulfate de quinine contre le collapsus de certaines maladies non paludéennes et à marche continue.

C'est encore un fait clinique, moins bien établi cependant que le précédent, que le sulfate de quinine guérit des états très graves qui ne sont point d'origine paludéenne et dont la marche est continue, témoin certaines formes de la grippe, de l'érysipèle, et de la diathèse purulente. La chute des forces avec collapsus imminent constitue l'indication du sulfate de quinine dans ce cas.

Nous trouvons cette indication très vague et nous allons essayer de la préciser. Voilà les symptômes of-

ferts par la pathogénésie du quinquina et qui peuvent servir à fixer les indications du médicament : chute générale des forces, poussée même jusqu'au collapsus, traits altérés, nez effilé, yeux inégalement entr'ouverts ; visage pâle ou bien présentant une joue rouge et l'autre pâle, facies hippocratique, refroidissement des extrémités et de la face ; pouls petit, fréquent, faible, irrégulier ; température habituellement élevée, quelquefois normale ; langue sale, desséchée ; soif ou adypsie ; hoquet, vomissement, quelquefois diarrhée ; urine rare, rouge avec des dépôts d'urates. Tels sont les symptômes qu'on peut réunir dans Hahnemann sur les effets du quina, mais on comprend combien il serait facile d'appliquer le quina à tous les cas de faiblesse ou de collapsus ; or, c'est là une erreur thérapeutique, le quina ne convient pas à tous les collapsus mais à certains collapsus. Et la clinique seule pourra arriver un jour à fixer les indications du quina dans ces cas difficiles : et c'est la clinique qui l'a déjà fixé pour la grippe et l'érysipèle.

Nous trouvons que c'est une question oiseuse que de chercher si l'action du quinine peut s'expliquer par ses propriétés antipyrétiques ou antiseptiques.

D'après Nothnagel et Rossbach, le sulfate de quinine ou bien ne modifie pas la température de l'homme sain ou bien l'augmente. Dire que le sulfate de quinine est un antipyrétique parce qu'il diminue pour quelques heures la température des fébricitants, c'est confondre l'action thérapeutique avec l'action physiologique.

Le sulfate de quinine est certainement un antiseptique mais le sublimé est un antiseptique plus puissant encore et cependant, il ne peut pas plus le remplacer en thérapeutique qu'être remplacé par lui.

Toutes ces explications sont vaines. Le quinquina produit chez l'homme sain des accès intermittents, des éruptions analogues à l'érysipèle, un collapsus particulier et c'est pour cette raison et non pour d'autres qu'appliqué, d'après la loi de similitude, il guérit chez l'homme malade des états analogues à ceux qu'il produit chez l'homme sain.

D[r] P. JOUSSET.

MÉDECINE PRATIQUE

LA DYSPEPSIE. — LA GASTRITE. — LA DILATATION DE L'ESTOMAC.

Sous ces titres divers on désigne des affections qui ont toutes pour caractéristique un trouble de la digestion stomacale. Ce chapitre de pathologie a une très grande importance aussi bien en pratique qu'en théorie. En pratique elle représente plus d'un tiers des affections chroniques et en théorie elle a toujours eu pour don de passionner les écoles médicales et de donner tour à tour naissance aux explications les plus opposées.

Broussais, sans vouloir remonter plus loin dans la tradition, Broussais ce grand systématique, fit de toutes les affections de l'estomac une gastrite, puis peu à peu, étendant son idée à toute la pathologie, il fit de toutes les maladies des gastrites aiguës ou chroniques et de l'estomac *irrité* comme jadis de l'archet en colère de Van Helmont, partaient des sympathies à l'aide desquelles ce chef d'école expliquait les symptômes et les lésions de toutes

les maladies. Et je n'exagère rien en disant que, quand je commençai la médecine il y a cinquante-huit ans, on ne rencontrait dans une salle d'hôpital que des gastrites aiguës et des gastrites chroniques. Fièvres continues ou intermittentes, phlegmasie de tous les organes, gastro-entérites aiguës. Phtisie, cancer, goutte, etc., gastro-entérites chroniques.

Ce n'était pas en vain que ce grand révolutionnaire avait poursuivi l'ontologie dans tous les départements de la médecine puisqu'il avait fait disparaître toutes les espèces morbides pour les remplacer par deux états hypothétiques, la gastro-entérite aiguë et la gastro-entérite chronique.

Tout cela s'est écroulé; la violence de caractère du maître joint à un talent de polémiste indiscutable, n'ont pu éviter l'écroulement définif d'un édifice qui reposait entièrement sur une idée systématique.

L'école microbienne fera bien de s'instruire à ce grand exemple; la prétention qu'elle affiche de plus en plus de remplacer le diagnostic de la maladie par le diagnostic du microbe la conduira au même abîme dans lequel a sombré le génie de Broussais.

Après Broussais, on ne parla plus de gastrite, mais on n'osa pas encore reconstituer les dyspepsies. Barras réunit ces affections sous le nom de *gastralgie,* idée malheureuse puisque beaucoup de dyspepsies ne s'accompagnent pas de douleur et que la névralgie de l'estomac constitue une affection absolument différente des dyspepsies. Chomel et ses élèves reconstituèrent les dyspepsies et les médecins, sinon de cette école au moins de cette époque, s'accordèrent pour réunir sous ce titre toutes les affections chroniques de l'estomac caractérisées par la lenteur

des digestions. Ils décrivirent à part la gastralgie ou crampe de l'estomac, les vomissements nerveux, les gastrites aiguës ou chroniques dues à l'alcool et à d'autres agents toxiques, enfin les affections organiques dont les deux principales sont l'ulcère rond et le cancer de l'estomac. Passant sous silence quelques travaux de détail, en particulier ceux de Lassègue,et les miens, à propos de l'*anorexie progressive*, nous arrivons de suite, pour terminer cet historique, à l'école qui a essayé d'expliquer le plus grand nombre des symptômes gastriques par la composition chimique des liquides de l'estomac; et à cette autre école qui doit sa grande importance au mérite de son fondateur l'école de la *dilatation de l'estomac* du professeur Bouchard.

L'école chimique fondée surtout par Hayem, en France, divise les affections de l'estomac en celles qui sont caractérisées par l'augmentation de l'acide chlorhydrique libre et celles dans lesquelles cet acide est ou absent ou au moins en quantité minime.

Hyperchlorhydriques. — C'est ainsi qu'on désigne les malades chez lesquels les liquides de l'estomac contiennent habituellement un excès d'acide chlorhydrique libre. Ces malades ont habituellement un appétit augmenté, ils digèrent rapidement mais éprouvent les douleurs les plus violentes qui ont pour caractère d'apparaître quatre ou cinq heures après le dernier repas et d'être apaisées par la prise d'une petite quantité de nourriture. Ces malades sont sujets à des vomissements acides qui surviennent quand l'estomac est vide. Ils éprouvent du pyrosis, des renvois acides, mais jamais de renvois putrides comme nous le verrons chez les malades de la seconde catégorie.

Tous ces symptômes s'expliquent par la présence de l'acide chlorhydrique libre qui active la digestion, empêche les fermentations organiques mais détermine l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac.

Hypochlorhydriques. — La diminution, même considérable, de l'acide chlorhydrique libre n'a pas grand inconvénient, tant que l'estomac jouit de ses propriétés motrices. La digestion stomacale est incomplète, mais ce chyme imparfait est chassé dans l'intestin où il achève de se digérer. Mais quand l'hypochlorhydrie se trouve associée à la dilatation de l'estomac et qu'il y a stase des matières mal digérées, alors les symptômes morbides se développent. La fermentation n'étant plus empêchée par l'acide chlorhydrique, il se forme une quantité considérable d'acide organique *en sorte que l'acidité des liquides contenus dans l'estomac dans les cas d'hypochlorhydrie atteint un chiffre plus considérable que dans les cas d'hyperchlorhydrie.* Mais dans ces cas, ces acides organiques n'ayant pas la propriété aseptique de l'acide minéral, il se fait une décomposition des matières alimentaires et, d'après le professeur Bouchard, des formations de ptomaïnes, d'où une intoxication à jet continu.

Il ne serait pas difficile de démontrer que les différences dans la composition chimique des liquides de l'estomac ne constituent pas des formes et encore moins des espèces morbides, mais simplement des variétés de dyspepsies.

De la dilatation de l'estomac. — Il faut distinguer de la forme morbide créée par M. Bouchard, sous le nom de dilatation de l'estomac, premièrement des augmentations passagères de volume de l'estomac, qui peuvent survenir

dans beaucoup de dyspepsies et qui n'ont pas de durée; cette variété de dilatations se distingue, en outre, parce qu'elle se fait surtout vers le poumon et le cœur, qu'elle refoule plus ou moins, tandis que la dilatation Bouchard se fait surtout du côté de l'ombilic.

Mais il faut surtout distinguer les *dilatations mécaniques* qu'on observe dans les rétrécissements du pylore, qu'elle que soit la cause de ces rétrécissements. Dans les dilatation mécaniques, l'estomac acquiert un développement très considérable et ces dilatations s'accompagnent de vomissements énormes survenant à de longs intervalles, et dont le cancer du pylore est le type. La dilatation de l'estomac, type Bouchard, s'accompagne toujours d'une accumulation de substances alimentaires et de fermentation anormale, par l'absence d'une quantité suffisante d'acide chlorhydrique et la formation de ptomaïnes. Chez un grand nombre de ces malades, les symptômes gastriques manquent complètement. Ce sont, à proprement parler, les cas qui ont été décrits sous la dénomination de *dyspepsies larvées*. Les malades ont plus ou moins d'appétit, ils n'éprouvent ni pesanteur, ni douleur dans la région de l'estomac. Ils ne présentent jamais ni éructations, ni renvois, ni vomissements, mais des troubles cardiaques et, en particulier, des arythmies qui sont bien en rapport avec le travail de la digestion. Quelquefois ces dilatés présentent de la toux et de la dyspepsie, mais principalement des douleurs de tête, des vertiges et ces troubles moraux variables qui caractérisent ce qu'on appelle aujourd'hui la neurasthénie. Dans beaucoup de cas, on observe un amaigrissement considérable, une perte des forces et un véritable teint cachectique.

Les signes à l'aide desquels on peut reconnaître la

dilatation de l'estomac sont la *sonorité* et le *bruit de flot*. La percussion doit être pratiquée à nu. On commence par reconnaître le poumon, puis on arrive sur la sonorité stomacale. Inversement, on part de la sonorité intestinale pour arriver à la sonorité stomacale. Et ici la nuance est quelquefois plus difficile à saisir. Il faut se rappeler que dans l'état normal la sonorité verticale de l'estomac varie de 11 à 14 centimètres et la sonorité horizontale de 18 à 20 centimètres.

Le *bruit de flot* est le signe par excellence. Il s'obtient soit par la succussion hippocratique, soit par une pression brusque des doigts réunis sur une même ligne et pratiquée sur la région qui s'étend de l'ombilic aux fausses côtes.

Dans certains cas ce bruit de flot est tellement facile à percevoir que la percussion pratiquée dans le but de constater la sonorité stomacale produit un clapotement caractéristique. Ajoutons que si le malade est à jeun, il faudra, pour percevoir le bruit de flot, lui faire avaler un demi-verre d'eau.

Le professeur Bouchard a encore signalé un certain nombre de lésions accessoires, la congestion et l'augmentation de volume du foie qui repousserait le rein en bas et déterminerait sa mobilité. Il existe souvent des douleurs névralgiques siègeant des deux côtés au niveau des neuvième et dixième espaces intercostaux. L'albuminurie a été constatée 17 fois sur 100. L'eczéma, le pytiriasis, l'urticaire, le zona, l'acné accompagnent souvent la dilatation de l'estomac.

Enfin M. Bouchard a signalé une modification spéciale de l'articulation de la première avec la seconde phalange; il se fait, à ce niveau, une sorte de nodosité qui

élargit et épaissit l'articulation. D'après M. Bouchard, les dilatés seraient particulièrement sujets à la fièvre typhoïde et à la phtisie.

Nous devons dire ici un mot de l'entéroptose de M. Glénard. Le médecin lyonnais explique par la chute du duodénum les symptômes de la dilatation de l'estomac. Cette chute déterminerait une sorte d'obstacle au passage du chyme dans l'intestin et par conséquent la dilatation de l'estomac par rétention. C'est aussi la chute du duodénum qui entraîne et déplace le rein.

Il est certain que l'histoire des dyspepsies se trouve fort enrichie par les travaux que nous avons essayé de résumer. Examinons maintenant par quelle méthode nous ferons rentrer ces connaissances contemporaines dans l'histoire des dyspepsies car il n'est pas possible de faire de l'hyperchlorhydrie et de l'hypochlorhydrie ainsi que de la dilatation de l'estomac des formes nouvelles de dyspepsie. Ces symptômes et ces lésions rentrent tout naturellement dans l'histoire des différentes variétés des dyspepsies traditionnelles.

Nous voulons établir d'abord d'une manière plus nette que nous n'avons pu le faire dans nos éléments de médecine pratique les rapports de la dyspepsie avec les différentes maladies auxquelles elles se rattachent.

La catégorie la plus importante et par le nombre des cas et par la netteté de leur description est la dyspepsie goutteuse, qu'elle se rattache à des hémorrhoïdes, à la dartre, à la neurasthénie ou à la goutte proprement dite.

Viennent ensuite les dyspepsies symptomatiques de la chlorose, de la tuberculose, les affections organiques de l'estomac (cancer, ulcère rond) enfin les gastrites chroni-

ques déterminées par les empoisonnements et en particulier par les alcools.

Nous maintiendrons, comme nous l'avons toujours fait, dans notre enseignement, la nécessité de séparer de la dysepepsie proprement dite la crampe de l'estomac ou gastralgie et les vomissements nerveux, les deux affections se rattachant toujours à l'hystérie.

Reprenant donc maintenant l'histoire des dyspepsies, nous décrirons quatre formes différentes : la dyspepsie proprement dite ou bradyspepsie, caractérisée par la sensation d'un poids plus ou moins douloureux survenant immédiatement après le repas et se prolongeant souvent jusqu'au repas suivant ;

La dyspepsie flatulente caractérisée surtout par un développement considérable de gaz avec éructations bruyantes. Cette variété répond à l'hypochlorhydrie et se complique habituellement de dilatation de l'estomac ;

La dyspepsie acide caractérisée par une douleur qui survient cinq à six heures après le repas, qui est extrêmement aiguë, qui amène souvent des vomissements acides et qui se calme par l'ingestion d'une petite quantité d'aliments. C'est l'hyperchlorhydrie ;

Enfin la dyspepsie larvée dont la caractéristique est de ne s'accompagner d'aucun symptôme gastrique mais de symptômes cardiaques, pulmonaires, céphaliques, et de différentes autres lésions que nous avons énumérées à propos de la dilatation de l'estomac, car c'est à cette forme larvée de la dyspepsie que se rapporte surtout la dilatation type du professeur Bouchard.

Resterait maintenant à faire le traitement de ces diverses formes de dyspepsies, ce sera le sujet d'un autre article.

D[r] P. JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

La térébenthine dans le diabète sucré.

Le Dr Hale rapporte dans le *North american Journal of homœopathy* (mars 1895) une observation intéressante contenue dans une lettre du Dr Dwight M. Dodge, de Franklin; il ajoute que l'on doit remarquer combien grande est la ressemblance entre les effets toxiques intenses de la térébenthine et le coma diabétique.

Voici l'observation du Dr Dodge : « Il s'agit d'un grand propriétaire de chemin de fer, qui avait eu le diabète pendant trois ans et avait été traité par un médecin qui avait abandonné l'homœopathie pour retourner à la vieille école et par un allopathe de Boston. Le traitement qu'il avait suivi un an auparavant consistait en une diète sévère, le repos et rien autre. Depuis un an, il était entre mes mains. J'avais guéri un cas si désespéré quinze ans auparavant avec *syzigium jamb.*, un cas qui semblait devoir se terminer promptement par la mort par consomption, et celui-là semblait si semblable, que je commençai par ce médicament. Le seul résultat fut insuccès et déconvenue personnelle. L'opinion du médecin qui avait traité ce malade antérieurement et de ses amis était que la maladie était due au surmenage, le malade étant un millionnaire qui avait à s'occuper d'un grand nombre de propriétés. J'essayai *phosph. acid.* sans aucun résultat, sauf quelques diminutions dans la quantité du liquide excrété, le poids spécifique restant entre 1.034 et 1.040. Le malade était tant soit peu obèse, avec une grande langueur, de la

sècheresse de la peau, une soif considérable. Il trouvait que le régime avait beaucoup affaibli sa vitalité. Je l'engageai à reprendre graduellement son régime habituel et lui donnai *arsenic. alb.* 3ᵉ déc. Il n'osa pas suivre mon avis pour le régime. Dix jours après avoir commencé l'*arsenic* j'ajoutai à ma prescription, sans résultats jusqu'alors, *térébenth.* 3ᵉ déc., pour être donné en alternant. Alors survint un changement remarquable. En sept jours le poids spécifique tombait à 1.015 et il y avait de simples traces de sucre. J'insistai alors pour qu'il se mit un régime sans restriction. Trois jours plus tard il n'y avait aucune trace de sucre, la densité était à 1.014 et le malade se sentait, comme il disait, un autre homme. Le sucre n'a pas reparu ; une analyse a été faite chaque mois jusqu'à maintenant. Il a été examiné depuis à propos d'une police d'assurance sur la vie. Le médecin inspecteur savait qu'il avait eu le diabète et exprima sa surprise de n'en pas trouver trace. Ce médecin était un de ceux qui l'avaient traité antérieurement. La compagnie d'assurance informée de l'histoire médicale de cet homme demanda un nouvel examen par un autre médecin, qui conclut à une santé parfaite. La compagnie le fit envoyer à Boston pour un autre examen, qui fut aussi favorable. Cette guérison dure depuis dix mois, et je crois qu'elle persistera. Je pense que *arsenicum* a relevé l'état général, et que *térébenth.* a agi sur ce qui regardait le sucre.

Une jeune femme, soumise à mes soins, se trouva avoir du sucre dans l'urine, avec peau sèche et squameuse, polyurie. *Arsenicum* ne la remonta pas et *térébenth.* employé pendant trois semaines, ne donna pas de résultat favorable. Je me reportai à votre chapitre sur le diabète et lui donnai *jaborandi* 3ᵉ déc., que j'alternai, suivant ma

propre inspiration, avec *syzigium* 2e trit. déc. Au bout de quatre jours, je ne trouvai plus de sucre, mais il n'y a de cela que neuf jours.

On ne penserait pas tout d'abord que *térébenth.* puisse guérir le diabète sucré. Ses effets sont surtout marqués sur les reins et dans le diabète sucré nous avons affaire à tout excepté aux reins. Cependant Morgan dit dans son livre sur le diabète (je ne sais pas bien sur quelle expérimentation il se fonde) : « Enfin nous espérons avoir trouvé une substance pouvant causer la présence du sucre dans les urines; cette substance est la térébenthine. » Morgan donne l'expérience d'un médecin allemand, le Dr Almer, mais je ne sais s'il a d'autres expérimentations dans l'esprit. Allen donne le symptôme d'après le Dr Almer « sucre dans l'urine ».

Quel que soit le mode d'action, et j'avoue qu'il ne m'apparaît pas clairement, il a accompli la besogne. J'avais eu de bons résultats de *terebenth.* dans la maladie de Bright, mais alors aussi je l'avais donné en même temps qu'*arsenic.*, les cas que j'avais eu à traiter avec ce médicament présentant la sécheresse parcheminée de la peau et l'agitation de l'arsenic. Mon expérience dans le diabète est que lorsqu'on a rencontré le remède approprié le sucre disparaît promptement; mon expérience aussi est que le médicament agit mieux avec un régime peu strict. Je sais que cela est contraire à l'opinion générale, mais je ne puis, étant donnée mon expérience, engager les malades à suivre un régime sévère. Ils ont horreur du régime, ils perdent leurs forces et leur vitalité et je réussis sans lui. Mes cures ont eu lieu par les remèdes suivants : *syzigium jamb.*, *strychnia phos.*, *phosphori-acid.*, *arsenic* et *terebenth.* Je ne suis parvenu à guérir aucun cas par *uranium nit.* ;

probablement parce que je n'ai pas eu affaire à un cas convenant à l'*uranium*.

Je confesse que j'ai à établir par des expériences le choix du remède. Je ne sais pas d'avance lequel des médicaments indiqués ci-dessus doit guérir. Il est comparativement aisé, par exemple, de voir quelle espèce de cas doit être amélioré par *strychnia phos.* et *phosphori-acid.* Il est aussi aisé de voir quel cas sera soulagé par *arsenic*, quoique je ne pense pas que l'arsenic puisse causer la disparition du sucre des urines. *Syzigium* guérira quelques cas même à la 2e déc., mais je ne puis établir d'avance quels cas il doit guérir. Je confesse notre ignorance, mais il y a souvent une pénurie de symptômes. Il y a le sucre, l'amaigrissement, la dépression mentale, la soif, la faiblesse et souvent c'est tout. Je ne doute pas qu'un grand nombre de médicaments puisse guérir le diabète, directement ou indirectement, si les symptômes généraux les indiquent.

Nous avons voulu donner complètement l'article de notre confrère américain, qui nous permettra peut-être de trouver un nouveau remède du diabète.

Dr MARC JOUSSET.

SÉROTHÉRAPIE DE LA DIPHTÉRIE.

Nous allons passer en revue, comme le mois dernier, les diverses communications ayant trait au traitement sérothérapique de la diphtérie.

M. VARIOT étudie, à la *Société médicale des hôpitaux* (*séance du 1er mars*), les modifications de la température et du pouls consécutives aux injections de sérum.

Tous les enfants suspects de diphtérie, qui entrent à

l'hôpital Trousseau, reçoivent une injection de sérum (20 centimètres cubes au-dessus d'un an, 10 centimètres cubes au-dessous). En examinant la courbe thermique des petits malades, on constate que la température augmente environ quatre heures après l'injection ; cette augmentation est de 5/10, 1 degré, et même plus ; le lendemain la température s'abaisse et au bout de quarante-huit heures tout est rentré dans l'ordre. Si l'on relève la température heure par heure, on voit une marche analogue de la température après les injections suivantes. « Il semble que l'antitoxine contenue dans le sérum a la propriété d'exalter la calorification, au moins temporairement. En cela elle se rapprocherait des toxines de la diphtérie qui, injectées aux chevaux que l'on veut immuniser, déterminent une fièvre légère pouvant atteindre 40 degrés. »

M. Variot a noté en même temps que l'élévation thermique, une grande augmentation de fréquence du pouls suivie quelques jours après par un état de faiblesse du pouls, et d'arythmie cardiaque.

Chez les enfants non diphtéritiques, ayant reçu une injection de sérum, car ils étaient considérés comme douteux à leur arrivée, on a observé les mêmes phénomènes : élévation thermique, accélération de pouls et quatre ou cinq jours après, même faiblesse du pouls, même arythmie cardiaque.

M. Variot, considérant que nous ne savons pas aujourd'hui encore ce que c'est que l'antitoxine et constatant les effets des injections, émet une opinion que nous défendons depuis que la découverte de Roux a été connue, c'est que l'antitoxine n'est que la toxine elle-même.

« A priori, il est permis de supposer que l'antitoxine

que nous manions dans le sérum immunisé par des doses massives de toxine, n'est que la toxine elle-même modifiée par le fait de son incorporation au sang et à l'organisme des animaux.

« S'il en était ainsi, cette toxine, atténuée probablement et transformée, par ses réactions thermiques, par son influence sur le cœur, ne serait pas sans analogie avec la toxine de la diphtérie.

« M.Roux a noté l'hyperthermie après ses injections de toxine, aux animaux qu'il immunise; les cliniciens ont remarqué la faiblesse et l'arythmie du cœur après les diphtéries graves avant l'emploi du sérum, de même qu'ils avaient décrit des érythèmes polymorphes dans le cours de la maladie. L'antitoxine, pouvant produire l'hyperthermie, les troubles cardiaques, les éruptions cutanées se rapproche donc physiologiquement des toxines élaborées par les diphtéries normales. »

Le Dr Variot n'ose pas conclure, mais la conclusion logique de ses observations est : 1° que la toxine et l'antitoxine sont la même chose à doses probablement différentes ; 2° que la diphtérie est guérie par la diphtérie ; 3° que nous avons là une démonstration de la loi des semblables, ce que nous avons toujours soutenu ; 4° qu'il faudrait essayer de diminuer la quantité du sérum injecté pour obtenir l'action thérapeutique en évitant l'action toxique.

M. Rendu n'a pas observé cette hyperthermie dans trois cas qu'il a traités chez les adultes.

M. Variot pense que cette hyperthermie peut passer inaperçue si on n'a pas soin de faire prendre la température heure par heure.

M. Sevestre est en partie d'accord avec M. Variot. Il a

récemment traité un de ses élèves, interne provisoire, « qui n'eut aucune réaction après la première injection et qui, à la suite d'une seconde injection, eut une poussée fébrile intense, mais de peu de durée ».

M. Le Gendre signale à la Société médicale des hôpitaux (8 mars 1895) un cas de réaction fébrile intense provoquée par l'injection de sérum antidiphtérique (bacilles de Lœffler et staphylocoques) auquel il injecta 9 centimètres cubes de sérum à 11 heures du soir. A ce moment l'enfant avait 39°; le lendemain matin, l'état local était identique, la température n'avait pas varié ; le soir, environ vingt heures après l'injection, au moment où les membranes commençaient à se détacher, la température s'éleva presque brusquement à 41,5. Le lendemain elle était tombée à la normale.

A la séance suivante, il rapporte l'observation d'un enfant coxalgique avec sommet tuberculeux qui vient d'être atteint de diphtérie; malgré la crainte de provoquer une poussée articulaire, il fit une injection de sérum qui fut suivie d'une réaction fébrile légère qui ne s'éleva qu'à 1 degré.

M. Sevestre a cru remarquer que l'injection de sérum pouvait donner une poussée à la tuberculose. Il a observé plusieurs fois, chez des enfants atteints de bronchite ou de broncho-pneumonie, une mauvaise influence du sérum et l'observation ultérieure montrait qu'il s'agissait de tuberculose.

M. Sevestre fait connaître les résultats du traitement sérothérapique à l'hôpital Trousseau du 1er au 25 décembre dernier. Les résultats ont été très favorables ; nous analyserons cette communication rapidement car elle est très analogue à celles que nous avons publiées le mois dernier.

179 enfants sont entrés au pavillon des douteux ; 29 ne présentaient pas le bacille de Lœffler, ils n'ont donné qu'une seule mort.

150 enfants reconnus diphtéritiques ont donné 15 morts, soit 10 0/0 ; si on retranche les cas morts dans les première vingt-quatre heures, on a seulement 10 morts, 6,66 0/0.

1° Cas où le bacille de Lœffler existe seul : 29 angines avec 1 mort, 3,44 0/0 ; 54 angines avec croups et 4 morts, 7,59 0/0 ; 13 croups sans angine avec 2 décès, 18,18 0/0 ; en tout 96 cas avec 7 décès, mortalité générale 7,39 0/0 en comptant toutes les morts.

2° Cas avec association de microbes : 24 angines avec 3 décès, 12,50 0/0 ; 21 angines avec croups et 5 décès, 23,80 0/0 ; 9 croups sans angines, sans décès, mortalité générale, 14,81 0/0.

Nous voyons comme toujours que les angines à associations de microbes sont les plus graves.

La dose de sérum employée dans chaque cas a varié entre 10 et 50 c. c. ; à l'entrée on injectait 20 c. c., sauf chez les enfants au-dessous de 2 ans ou dans les cas en apparence bénins où l'on se contentait de 10 c. c. ; chez un nourrisson de cinq semaines on s'est contenté de 5 c. c. On a en général attendu vingt-quatre heures avant de renouveler l'injection et on la fait en tenant compte de l'état du sujet.

Dans un cas où les urines contenaient 5 à 6 gr. d'albumine à l'entrée, on a vu celle-ci disparaître presque complètement après l'injection.

M. Sevestre fait remarquer que l'injection de sérum pourra le plus souvent, lorsqu'elle sera faite suffisamment de bonne heure, éviter la trachéotomie ou le tubage, car elle diminue presque toujours la dyspnée. En outre, on

remarque chez les petits opérés, une amélioration beaucoup plus rapide qu'autrefois.

M. Sevestre a observé comme ses prédécesseurs les *érythèmes* et les *arthralgies*. Il a noté deux fois à l'hôpital et plusieurs fois les parents lui ont signalé une complication dont on n'a pas fait mention jusqu'à présent, c'est une *diarrhée dysentériforme* ; les selles étaient très fétides, dysentériformes et sanguinolentes. Cet accident a, du reste, été sans importance.

D^r^ Marc Jousset.

REVUE DES SOCIETÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. La coqueluche a l'hopital Trousseau. — II. Cystite grippale ; hématurie grippale. — III. Traitement électrique des vomissements de la grossesse. — IV. Accidents causés par la chloralose. — V. Trional et chlorose. — VI. Effets des injections sous-cutanées chez les enfants tuberculeux. — VII. Cystite causée par l'irrigation des alcalins a haute dose. — VIII. Nature de la pleurésie séro fibrineuse.

I

(*Séance du* 8 *mars.*) M. Comby rapporte les résultats du traitement de la coqueluche dans son service à l'hôpital Trousseau, ils sont déplorables et doivent en partie tenir à l'installation peu hygiénique du service. Voici d'abord les chiffres : lorsqu'il a pris le service, il y avait 15 en-

fants, entre 14 mois et 4 ans 1/2 dans les salles ; il entra quelques jours après un 16e petit malade, âgé de 18 mois.

« Tous les traitements employés, belladone, bromure de potassium, bromoforme, café, quinine, inhalations térébenthinées, pulvérisations antiseptiques, etc. ; sont restés absolument inefficaces.... sur 16 malades 14 ont été touchés plus ou moins par l'infection nosocomiale (fièvre vive, foyers de congestion pulmonaire ou de broncho-pneumonie), soit une morbidité de 87,12 0/0 ; 5 enfants sont morts, mortalité, 31,25 0/0. »

M. Comby fait remarquer que la gravité de la coqueluche traitée dans les hôpitaux d'enfants, a toujours été reconnue ; à l'hôpital des enfants, en dix ans, il y a eu 847 entrées de coqueluche avec 252 décès, soit 29,25 0/0. Il compare cette mortalité considérable avec celle si légère qu'il avait dans son dispensaire d'enfant, à peine 1 ou 2 0/0 ; et il conclut que l'entassement des petits malades à l'hôpital, dans de petites salles où ils ont un cube d'air très restreint, amène la diffusion de la broncho-pneumonie qui est si dangereuse dans cette maladie. Il conclut que l'on devrait faire pour la coqueluche une installation analogue à celle qui existe pour la diphtérie, la scarlatine, etc., ou ne pas recevoir à l'hôpital les enfants atteints de cette maladie.

II

M. Comby lit deux observations d'affections grippales assez rares. Il s'agit dans la première d'un jeune garçon de 13 ans, entré à l'hôpital Trousseau avec une grippe nettement caractérisée : fièvre, courbature, point de côté à gauche et toux, langue saburrale ; l'auscultation fait entendre à la base gauche un foyer de râles crépitants ; on n'a pas mis de vésicatoire. L'enfant se plaint de dou-

leurs au niveau du petit bassin, avec besoins fréquents d'uriner : « l'urine recueillie dans un bocal laisse un dépôt abondant, rougeâtre, qui contient des hématies en grand nombre. » L'amélioration par le régime lacté fut assez rapide.

La seconde observation se rapporte à un garçon de 12 ans présentant les symptômes suivants : « Courbature générale, fièvre, langue grippale. Cet enfant rend des urines troubles, analogues à du marc de café clair. Ces urines sont émises sans douleur aucune, elles ne sont pas plus colorées à la fin de la miction qu'au commencement. » M. Comby conclut à une hématurie par congestion rénale d'origine grippale.

M. Rendu, tout en admettant que la grippe peut être la cause de cette hématurie, fait ses réserves parce qu'une congestion aiguë primitive du rein peut bien revêtir cette allure.

M. Le Gendre appuie la possibilité de l'hématurie par congestion rénale d'origine grippale en rapportant l'observation d'un homme de 60 ans, de bonne santé antérieure, ayant eu la grippe en 1890 et repris cette année au commencement de janvier par la fièvre, avec céphalalgie, douleur lombaire très vive, courbature, émission d'urines sanglantes presque noires ; en même temps apparaissait un catarrhe grippal typique, occupant successivement les yeux, le nez, la trachée et les bronches et ayant persisté plus longtemps que l'hématurie, qui a disparu assez promptement ; à ce propos, M. Le Gendre voudrait voir distinguer ces congestions aiguës des reins, des véritables néphrites grippales, qui surviennent plus tardivement et peuvent être le point de départ du mal de Bright chronique.

III

M. Rendu lit une note de M. Champetier de Ribes, accoucheur de l'hôpital Tenon, sur le traitement des vomissements de la grossesse par l'électricité suivant la méthode du Dr Gautier. Il y a cinq observations de guérison dont la dernière a pour sujet une cliente de notre confrère Tessier. Cette dame, ayant déjà eu cinq grossesses sans vomissements, fut prise de vomissements le 1er janvier dernier, environ trois semaines après le début de sa grossesse; depuis ce moment elle vomissait tous les aliments et les diverses médications employées étaient restées sans aucun succès. Le 18 janvier, M. Champetier de Ribes, appelé par le Dr Tessier trouve la malade « dans son lit très amaigrie et très pâle, le teint terreux : elle se tient assise, penchée au-dessus de sa cuvette, à chaque instant agitée par les efforts qu'elle fait pour vomir ou cracher la salive qui incessamment lui remplit la bouche : elle peut à peine dire quelques mots entre deux efforts et les traits expriment la souffrance la plus vive et le découragement le plus complet. On me raconte que pendant plusieurs fois ving-quatre heures cette situation est la même le jour comme la nuit. Le Dr Tessier s'est décidé depuis deux jours à faire des piqûres de morphine qui chaque fois donnent un répit de quelques heures à la malade. Aucun aliment ne paraît être conservé : depuis seize jours il n'y a pas eu de garde-robes. Le pouls est petit, fréquent, la température, prise souvent, est restée toujours un peu au-dessous de la normale, les urines rares ne contiennent pas d'albumine. »

Le Dr Champetier de Ribes conseilla de faire électriser la malade par le Dr Gautier.

« La première séance a lieu le soir même, elle permet

de garder une tasse de bouillon : dès le premier jour, la salivation est diminuée, et il n'y a plus qu'un vomissement. Le 26 janvier la constipation n'existe plus, la salivation est très atténuée, il n'y a plus de vomissements et seulement quelques nausées. Le 3 février, le traitement est supprimé, la malade se promène et digère bien : les forces et la gaîté sont revenues : une lettre du Dr Tessier me confirme, à la date du 12 février, que la guérison s'est maintenue.

Voici la technique de ce traitement.

« Le courant aura une direction descendante; le pôle positif sera appliqué au-dessus de la clavicule, entre les deux branches d'insertion du muscle sterno-cléido-occipital. Cette électrode positive en charbon, de la dimension d'une pièce de 2 francs, sera munie d'un manche de 12 à 15 centimètres de longueur, et le charbon sera recouvert de deux couches d'amadou, pour éviter les eschares qui se produisent quelquefois sur les épidermes sensibles.

« L'électrode négative formée d'une plaque de 10 centimètres sur 8 sera placée au niveau de l'ombilic.

« La séance d'électrisation devra durer d'un quart d'heure à une demi-heure.

« Le courant doit être faible : 8 à 10 milliampères en moyenne sont suffisants. Il faut prendre la précaution, à la fermeture et à l'ouverture du courant, d'augmenter l'intensité et de la diminuer très lentement dans la crainte surtout au courant d'ouverture, de provoquer l'excitation. Dans ce but, il faut un rhéostat ou une pile dont les éléments soient accouplés un à un. »

IV

M. Rendu rapporte des accidents graves causés par la

chloralose chez une de ses clientes : il s'agit d'une phthisie de forme chronique ayant amené une toux nocturne qui résistait aux médicaments accoutumés et pour laquelle M. Rendu lui ordonna 25 centigrammes de chloralose en un cachet pris à minuit. Rappelé à 2 heures 1/2 du matin il trouva sa malade dans l'état suivant :

« Elle était dans le coma le plus complet, insensible à toutes les excitations, ne répondant pas aux questions, n'entendant ni ne voyant. Sa figure, légèrement cyanosée, était couverte de sueurs froides ; les pupilles largement dilatées ; les muscles de la face, particulièrement l'orbiculaire des lèvres, étaient secoués par des secousses spasmodiques incessantes. Le corps, dans un état de résolution totale, était affaissé : mais à chaque instant, les membres étaient le siège de convulsions cloniques plus ou moins fortes, qui ressemblaient à du petit mal épileptique. Il y avait incontinence des garde-robes et des urines.

« Le symptôme le plus alarmant était la petitesse excessive et la fréquence extraordinaire du pouls, qui était incomptable et battait certainement plus de 200 fois par minute. L'auscultation du cœur révélait un murmure indistinct, les battements étaient mal frappés, comme à la période agonique du collapsus cardiaque.

« La respiration, assez fréquente, mais beaucoup moins proportionnellement que le pouls, était inégale, irrégulière et suspirieuse ; de temps à autre bruyante s'accompagnant de hoquets spasmodiques : la toux avait complètement cessé, et l'auscultation ne faisait presque pas entendre de râles. »

Il y avait un certain degré d'hypothermie. Deux piqûres d'éther à un quart d'heure d'intervalle ne furent pas

senties et ne produisirent qu'un léger relèvement du pouls. Les convulsions devinrent même plus fréquentes. Une piqûre d'un quart de centigramme de morphine faite vers 4 heures du matin, amena un peu de détente dans les convulsions, qui disparurent peu à peu.

Le matin à 8 heures, la malade « commençait à sortir de sa léthargie et se réveillait vaguement. Elle comprenait les questions qu'on lui posait, mais ne pouvait encore y répondre : sa parole était embarrassée et presque inintelligible, mais le pouls était retombé à 120, et le cœur battait bien. Tout danger semblait conjuré. Effectivement, trois heures après, il ne restait plus de ces accidents si alarmants qu'une somnolence un peu exagérée et une sensation générale de courbature. »

M. Rendu a fait cette communication pour appeler l'attention de ses confrères sur les dangers possibles de la chloralose, qui passe pour un hypnotique inoffensif et qui, d'après les formulaires, peut s'administrer jusqu'à la dose de 75 centigrammes. Or, il y a déjà eu quelques cas d'intoxication : M. Morel-Lavallée a signalé un délire violent et M. Roques a observé aussi des accidents convulsifs épileptiformes.

V

(*Séance du 15 mars.*) M. GALLIARD, à l'occasion de la communication faite à la séance précédente sur le sulfonal par le D^r Rendu, vient conseiller l'emploi du *trional.* Ce corps, découvert en 1890, s'administre comme hypnotique ; M. Galliard l'a donné chez 40 malades, atteints d'affections variées, mais tourmentés par l'insomnie ; 7 seulement se sont montrés réfractaires ; chez les 33 autres, le trional a produit un sommeil calme plus ou moins long. Le D^r Galliard n'a jamais observé d'accidents ;

quelquefois des cauchemars, ou de la lourdeur de tête et des vertiges au réveil. Il donne 1 gramme, en une fois, dans un cachet, suivi d'une tasse d'infusion chaude.

M. Marie préfère aussi le trional au sulfonal ; quant à la chloralose, qu'il emploie à la dose de 10 centigrammes, dose qu'il réitère quelquefois au bout d'une demi-heure, il n'en a jamais éprouvé d'inconvénient.

M. Rendu conclut que l'on ne doit pas donner plus de 10 centigrammes de chloralose chez les sujets non éprouvés ; il lit une lettre du Dr Muselier, qui a eu un accident mortel avec une dose de 20 centigrammes de chloralose, chez une cardiaque, qui était du reste déjà dans un état assez menaçant.

VI

M. Hutinel, à propos d'une communication de M. Variot, que nous rapportons, dans un autre article du journal *Revue de la sérothérapie de la diphtérie*, vient résumer l'action pyrétogène de certains liquides injectés sous la peau chez les enfants et principalement chez les enfants tuberculeux.

Amené par les idées régnantes sur la contagion de la tuberculose à craindre de répandre cette maladie chez des paysans sains, en leur envoyant des enfants assistés déjà contaminés, il a fait aux enfants cachectiques des injections de tuberculine de Koch comme recherche diagnostique.

« Les injections ont toujours été pratiquées sur des enfants apyrétiques, à la dose initiale de 1/20 de milligramme d'abord; puis, si l'on n'obtenait pas de réaction, à la dose de 1, 2, 3 et 4/10 de milligramme, en laissant huit jours d'intervalle entre deux injections. De cette façon,

nous avons toujours fini, chez les enfants tuberculeux, par obtenir des réactions très nettes (élévation de la température, accélération du pouls, fluxion au pourtour des lésions, etc.), et jamais nous n'avons eu à déplorer aucun accident. La température s'élevait, dans la plupart des cas, aux environs de 39°, rarement plus, et la défervescence était complète après quarante-huit ou cinquante-six heures. »

Ces faits étaient prévus, mais ce qui est nouveau c'est que d'autres liquides injectés à doses plus fortes ont produit des réactions analogues. Un sérum artificiel très simple (eau distillée additionnée de 7 p. 1.000 de chlorure de sodium), injecté sous la peau à la dose de 10 centimètres cubes deux ou trois fois par jour, ne modifie pas ou modifie très peu la courbe thermique dans les cas ordinaires. « Chez d'autres enfants au contraire, ces injections provoquent une ascension rapide de la température, ascension qui dépasse 1 degré et qui atteint souvent 2 degrés 1/2. La montée commence vers la sixième heure et, généralement, le *fastigium* est atteint au bout de douze heures. La température se maintient au même niveau pendant trois ou quatre heures, puis elle redescend, pour atteindre la normale après un ressaut, vingt-quatre heures ou trente-six heures après l'injection. Cette réaction fébrile est presque identique à celle de la tuberculine et nous avons pu faire la comparaison, heure par heure, chez certains sujets qui avaient subi successivement les deux épreuves. » Ces effets s'atténuent rapidement lorsqu'on répète les injections. Dans quelques cas, ces injections n'ont pas été absolument sans danger, puisqu'elles ont produit des fluxions périituberculeuses.

Chez une dame épuisée par les métrorrhagies et ayant au sommet droit un ancien foyer tuberculeux considéré

comme guéri, des injections sous-cutanées de sérum ont produit « une congestion intense du sommet avec submatité, respiration soufflante, râles humides, fièvre quotidienne, etc., symptômes qui ne disparaissent que plusieurs semaines après la cessation des injections ».

En outre, ces injections n'ont rien de spécifique, elles peuvent ne pas produire d'élévation thermique chez les enfants tuberculeux et en produire chez ceux qui sont manifestement sains. De janvier 1894 à fin de février 1895, M. Hutinel a pratiqué des injections de ce sérum chez 176 enfants (10 centimètres cubes deux ou trois fois par jour), 93 n'ont présenté aucune élévation thermique ; 47 étant dans une période de fièvre, la réaction thermique n'a pas pu être constatée exactement ; 36 ont présenté une élévation manifeste de la température. Sur ces 36, 11 moururent et présentèrent à l'autopsie des lésions tuberculeuses ; 19 qui survécurent sont très probablement tuberculeux ; 6 ne sont certainement pas tuberculeux.

D'autres auteurs ont eu des résultats qui peuvent être comparés à ceux de M. Hutinel.

Albert et Stricker ayant injecté dans les veines d'un chien 20 centimètres cubes d'eau salée (1 p. 200) ont noté une ascension de 1 degré 1/2.

Max Matthes a injecté des solutions de deutéro-albumose, d'hétéro-albumose et de peptones à des cobayes sains ou tuberculeux et à des hommes sains ou atteints de lupus.

« A la dose de 1 ou 2 centigrammes de deutéro-albumose, l'injection ne provoquait aucun phénomène fébrile chez l'animal sain et une élévation thermique de 2 ou 3 degrés chez l'animal tuberculeux.

« La dose de 0,30 à 1 gramme déterminait chez l'ani-

mal sain une élévation de la température à 39 ou 40° et, chez l'animal tuberculeux, une hypothermie qui pouvait aller à 35° et à la mort dans le collapsus.

« Chez l'homme sain une dose de 0,05 à 0,07 de deutéro-albumose causait une légère ascension de température à 37°,8; cette ascension chez les malades atteignait 39 et 40°. Chez trois individus atteints de lupus, l'injection de deutéro-albumose à la dose de 0,05 a occasionné non seulement une élévation de température à 39°,7 et 39°, mais encore une injection du lupus. »

Nous conclurons avec M. Hutinel :

« Que si les injections sous-cutanées de sérum, d'albumoses ou d'eau salée, faites en proportion suffisante, peuvent occasionner de la fièvre chez les sujets sains, elles provoquent, à des doses moindres, des réactions fébriles autrement intenses chez les individus tuberculeux ;

« Que ces réactions fébriles s'accompagnent parfois de poussées fluxionnaires, périttuberculeuses qui ne sont pas toujours sans danger ;

« Que l'intensité de ces réactions peut faire soupçonner l'existence de certaines tuberculoses latentes sans cependant constituer un signe pathognomonique de la tuberculose. »

M. Hutinel ajoute que l'on doit faire chez les tuberculeux ces injections de solutions salines avec une grande prudence. Nous ajouterons qu'il y a peut-être là, en les faisant à doses très faibles, un moyen à essayer contre les poussées fébriles des tuberculeux et contre la fièvre hectique, vis-à-vis de laquelle nous sommes très désarmés.

A la séance suivante[1], MM. Debove et Bruhl ont apporté les résultats de leur expérience sur le même sujet ; et ils viennent affirmer que l'injection sous-cutanée d'une solu-

tion saline, même chez l'homme sain, est presque toujours suivie d'une élévation thermique.

Le liquide qu'ils ont presque toujours employé est ainsi composé :

Eau	1 litre
Chlorure de sodium	5 grammes.
Sulfate de soude.	5 —

La dose moyenne injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané était de 300 grammes. Ils ont presque toujours constaté un accès de fièvre consécutif, qui « s'annonce parfois par des frissonnements; dès les premières heures qui suivent l'injection, la température commence à monter lentement et progressivement; elle atteint son maximum au bout de six à dix heures, après quoi, elle retombe graduellement à la normale; dès le lendemain matin, l'apyrexie est complète. « Sur 50 cas d'injections, où l'on a relevé méthodiquement la température, il n'y en a eu que deux où l'on n'a pas constaté d'élévation de la température. Chez les 48 autres personnes, elle a varié de 1°, 5 à 0,5. Voici la marche suivi dans un cas où l'on a fait une injection de 300 centimètres cubes vers dix heures du matin :

à 10 heures le thermomètre marque. .	36,9
à midi.	38,2
à 2 heures.	39,9
à 4 heures.	40,2
à 6 heures.	38°
le lendemain matin.	36,9

M. Debove a constaté ces élévations thermiques chez les personnes saines aussi bien que chez les phthisiques, cependant chez ceux-ci la réaction était plus marquée.

M. Catrin a vu chez un paludéen cachectique une élévation de température survenir après une injection de sérum artificiel.

M. Hayem est étonné de ces résultats car il a fait autrefois chez ces cholériques des injections intraveineuses, allant parfois à 4 et même 6 litres de sérum sans avoir jamais observé une hyperthermie véritable.

VII

(*Séance du 22 mars.*) M. Albert Mathieu signale un accident qui peut suivre l'emploi des alcalins à haute dose; cet accident est la cystite, surtout la cystite du col.

Même pendant une simple cure à Vichy, surtout à la suite de l'usage de la source de l'hôpital, on a noté quelquefois de la cystite du col pouvant aller jusqu'à l'hématurie.

M. Mathieu traite l'hyperchlorhydrie et l'ulcère rend par la médication suivante :

« 1° Un tiers ou un demi-litre de lait toutes les trois heures à prendre en un quart d'heure par gorgées, le lait est additionné de 100 grammes d'eau de chaux par litre.

« 2° Magnésie calcinée, 5 gr.; bicarbonate de soude, 20 gr. pour un paquet.

« En prendre une demi-cuillerée à café dès que la douleur se fait sentir; renouveler la dose, s'il y a lieu au bout de vingt à trente minutes; prendre s'il le faut, le paquet entier en vingt-quatre heures par doses espacées. Ne pas en prendre plus qu'il n'est nécessaire pour faire disparaître la douleur.»

Il avait vu dans ces conditions, deux ou trois malades se plaindre d'un peu d'irritation de la vessie (besoins fréquents, douleur légère à la fin de la miction). Dernière-

ment chez un malade très amélioré, M. Mathieu conseille une alimentation un peu plus substantielle sous l'influence de laquelle ces douleurs revinrent : il administra un mélange de 12 grammes de bicarbonade de soude et de 3 grammes de magnésie calcinée à prendre dans la journée d'heure en heure.

« Le second jour, vers le soir, sans aucun phénomène prémonitoire, à la fin d'une miction, éclata une douleur intense et du sang apparut dans l'urine. L'hématurie se reproduisit aux mictions suivantes pendant environ trente-six heures; la douleur disparut assez vite et le sang diminua progressivement dans les urines. » Après une suspension de quelques jours et retour à la guérison pour les accidents vésicaux, de nouvelles douleurs dorsales étant survenues, M. Mathieu fit « prendre par doses espacées de deux heures en deux heures un mélange de 4 grammes de magnésie et de 6 grammes de craie préparée. La nuit suivante, il y eut une nouvelle crise de cystite hématurique. Elle fut moins intense et de plus courte durée que la première ».

Les alcalins supprimés, tout rentra dans l'ordre ; les urines ne contenaient pas d'albumine lorsqu'il n'y avait pas de sang.

Il y a donc lieu de surveiller l'usage des alcalins à haute dose surtout chez les sujets qui ont une tare vésicale.

M. Hayem a souvent employé le bicarbonate de soude à haute dose, jusqu'à 30 grammes par jour, sans avoir rien observé de semblable ; il préfère le sous-nitrate de bismuth à haute dose pour traiter les ulcères douloureux.

VIII

M. Lemoine à propos de la communication de M. Fernet

sur la pleurésie séro-fibrineuse, rappelle les opinions des auteurs modernes sur la question et publie un certain nombre d'observations provenant du Val-de-Grâce.

Pour M. Landouzy, presque toutes les pleurésies considérées comme primitives sont tuberculeuses ; pour MM. Kelsch et Vaillard, qui ont analysé 113 cas de pleurésie, il y en aurait 82 0/0 de tuberculeux ; M. Netter estime qu'il y a 70 0/0 de pleurésies qui sont tuberculeuses, quoique les inoculations n'aient donné que 40 0/0 de tuberculose au cobaye.

M. Lemoine a observé 32 cas de pleurésie séro-fibrineuse. Il a fait des ensemencements du liquide pleural ; ils sont restés stériles 28 fois, 4 fois seulement il a obtenu une culture pure de staphylocoques.

« Sur le 28 pleurésies séro-fibrineuse dont le liquide de ponction n'a donné lieu au développement d'aucun micro-organisme, 15 ont trait à des malades chez lesquels la pleurésie a été le point de départ de l'infection tuberculeuse, appartient à une pleurésie survenue dans le cours d'une tuberculose pulmonaire ; 7 autres malades sont sortis de l'hôpital présentant l'ensemble de ces signes suspects persistants sur lesquels M. Grancher a attiré l'attention, comme se rapportant au début de la tuberculose. Les cinq derniers cas semblent avoir été suivis d'une guérison complète. » Si nous considérons seulement comme tuberculeux les 16 malades présentant des signes certains, nous avons pour 32 cas de pleurésies séro-fibrineuses ; 50 0/0 chez les tuberculeux ; si nous ajoutons les sept autre cas qui présentaient à leur sortie des signes douteux nous arrivons à 70 0/0.

D[r] Marc Jousset.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. *Quelques nouvelles méthodes de traitement des affections chroniques de l'estomac,*

Par le Dr Rosenheim.

Dans les affections chroniques de l'estomac, le Dr Rosenheim a expérimenté les médications suivantes :

1° *Douche stomacale.* — Il ne faut pas confondre la douche stomacale avec le simple lavage de l'estomac. Pour la douche, l'auteur emploie un tube muni à son extrémité libre d'un grand nombre de petits orifices de 1 à 2 millimètres de diamètre et d'un orifice terminal de 3 à 4 millimètres de diamètre. Lorsque l'eau passe dans ce tube sous une certaine pression, elle jaillit en jets fins par les petits orifices et vient en contact avec toute la surface de l'estomac. L'orifice terminal sert à l'écoulement du liquide et, comme cet orifice est relativement considérable, il facilite la sortie des débris alimentaires.

Ces douches sont administrées soit le matin à jeun, soit trois à quatre heures après le déjeuner. A chaque séance, on fait de cinq à sept injections. Lorsqu'on veut obtenir des effets sédatifs, on emploie de l'eau dont la température varie entre 38 et 44°. Dans certains cas, on injecte des solutions médicamenteuses : solution de chlorure de sodium, eau chargée d'acide carbonique, eau chloroformée, solution de nitrate d'argent au millième.

Ces douches donnent de bons résultats dans la dyspepsie nerveuse avec ou sans accidents de neurasthénie, dans le catarrhe chronique de l'estomac avec ou sans diminution de l'énergie motrice, dans les cas de gastralgie, de gastrorrhée, etc.

Au moyen de ces douches, les troubles sensitifs d'intensité moyenne sont rapidement atténués. Mais le succès est plus incertain lorsque les douleurs sont très vives et développées sur un terrain hystérique ou neurasthénique. Lorsque les fonctions motrices sont altérées, qu'il s'agisse d'une atonie simple de l'estomac ou d'une ectasie gastrique, la douche se montre d'une efficacité remarquable. Les résultats sont moins satisfaisants lorsque l'ectasie gastrique est sous la dépendance d'un rétrécissement du pylore, ou lorsque l'estomac est le siège de fermentations anormales d'une grande intensité.

La douche simple ne modifie pas l'activité sécrétoire de l'estomac. Par contre, la douche d'eau salée augmente la sécrétion chlorhydrique ; le contraire a lieu lorsqu'on emploie des solutions de nitrate d'argent.

2° *Traitement électrique.* — Les fonctions sécrétoires et motrices de l'estomac d'une part, et les troubles irritatifs d'autre part, peuvent être influencés avec les courants appliqués par voie extra ou par voie intraventriculaire. Mais jusqu'ici on n'a pas posé d'une façon précise les indications à l'emploi de l'électricité dans les cas d'affections chroniques de l'estomac. En thèse générale, c'est la galvanisation qu'on emploie de préférence contre les troubles sensitifs, et la faradisation contre les troubles moteurs.

Cependant il résulte des expériences d'Einhorn que le courant faradique active la sécrétion gastrique, tandis que le courant galvanique produit l'effet inverse. L'application intraventriculaire de l'électricité possède des avantages incontestables sur l'application extraventriculaire. Pour pratiquer l'électrisation intraventriculaire, M. Rosenheim se sert d'une sonde stomacale molle, mince, garnie de fils de fer conducteurs se terminant par un

bouton ovalaire en ivoire percé d'un certain nombre de trous et dans lequel se trouve le bout de l'électrode. Avant l'introduction de la sonde, le malade avale un ou deux verres d'eau tiède. Chaque séance dure de cinq à dix minutes.

Une électrode plate est appliquée soit sur la région de l'estomac, soit sur la partie inférieure du dos.

Dans les cas de troubles sécrétoires, l'électrisation est moins favorable que la douche stomacale.

Dans les cas d'insuffisance motrice, l'électrisation donne des résultats satisfaisants.

Le traitement électrique est surtout efficace contre les troubles sensitifs d'ordre irritatif : dans ces cas, la galvanisation avec pôle négatif dans l'estomac doit être préférée à la faradisation. Ce même procédé de traitement est indiqué contre l'atonie intestinale, et dans les cas de paralysie aiguë aboutissant aux accidents de l'iléus.

3° *Bismuth.* — Pour M. Rosenheim, aucun médicament n'est supérieur au bismuth dans les cas d'ulcère simple de l'estomac. Les malades doivent prendre le matin, à jeun, au lit, 200 grammes d'eau tiède tenant en suspension 10 grammes de sous-nitrate de bismuth.

Cette médication, non seulement calme les douleurs, mais excite, en outre, très vivement, la sécrétion du mucus, tout en restreignant la sécrétion de l'acide chlorhydrique. Le malade, après l'ingestion du bismuth, doit rester couché sur le dos pendant une heure, le bassin relevé à l'aide d'un oreiller, car le siège habituel de l'ulcère se trouve à la paroi postérieure de l'estomac, à la petite courbure et à la région pylorique. Le régime lacté est toujours indiqué dans ces cas. Les malades s'abstiennent d'aliments irritants, et surtout d'alcool. Les petits repas répétés sont

préférables aux repas copieux espacés. Pendant la nuit, application de compresses mouillées sur le ventre. Le bismuth doit être administré pendant douze jours consécutifs ; on recommencera ensuite après une interruption de quelques jours, si les malades sont repris de leurs douleurs.

4° *Cure d'huile.* — Cette cure consiste en lavements que le malade doit prendre couché sur le dos, le siège relevé à l'aide d'un traversin, et qui doivent être préparés avec de l'huile d'olive très fine. Cette huile, à la dose de 400 à 500 grammes, portée à la température du corps, doit être injectée dans le rectum sous une pression modérée (50 centimètres de hauteur). On emploiera un irrigateur gradué muni d'un embout en caoutchouc durci, en os ou en verre, d'une longueur de 10 centimètres, et terminé par une olive arrondie de l'épaisseur du doigt. Ces lavements sont indiqués dans tous les cas où il existe une stagnation des matières fécales remontant jusqu'au cæcum et principalement quand le malade accuse des coliques, est atteint d'une inflammation du gros intestin, proctite, colite, typhlite, dysenterie chronique.

Ils sont contre-indiqués lorsqu'il existe des troubles moteurs du gros intestin, d'ordre irritatif.

Les lavements d'huile sont particulièrement utiles dans les cas où les laxatifs ne peuvent être administrés, chez les anémiques, les sujets débilités. On doit répéter les lavements tous les jours, jusqu'à ce qu'on ait l'assurance que l'action du liquide injecté s'exerce jusque sur le cæcum, que le traitement produit son effet maximum, c'est-à-dire provoque des selles liquides contenant de la bile. Chez les malades alités, le lavement doit être administré le matin ; lorsque le sujet vaque à ses occupations, il est

préférable de le donner le soir, car le malade doit rester dans le décubitus dorsal pendant une demi-heure au moins.

En résumé les lavements d'huile sont un remède souverain contre la constipation spasmodique; ils ne constituent qu'un simple adjuvant dans le traitement de la constipation atonique qui exige en outre l'électrisation et l'application de compresses mouillées. (*Bull. gén. de thérapeutique.*)

II. *Traitement de la neurasthénie.*

A. *Hygiène* : 1° Supprimer les causes de l'épuisement nerveux, suspendre les occupations professionnelles, le surmenage physique et intellectuel; éviter les émotions, les veilles, les excès de tout ordre ;

2° Repos à la campagne, en plaine si c'est possible, à l'abri de tout souci, de toute excitation. Promenade sans fatigue avec entraînement progressif Se coucher de bonne heure et se lever tard ;

3° Distraire le malade par des entretiens variés, ne pas le laisser s'abandonner à sa mélancolie; éviter de faire allusion à son affection mais ne pas le considérer comme un malade imaginaire, l'assurer de la guérison ;

4° Manger ce qui convient le mieux mais à des heures régulières. Insister sur les aliments substantiels, viandes noires, poudre de viande, cervelles, œufs, riz, macaroni.

B. *Hydrothérapie* : 1° Commencer par prendre tous les deux jours un bain simple d'une durée d'un quart d'heure à la température de 38 à 40° ; aussitôt après le bain, friction sèche ou massage méthodique des muscles, puis repos dans la station couchée pendant une demi-heure ;

2° Lorsque l'accoutumance au bain sera faite, prendre chaque jour une douche tiède, en jet, d'une durée de

quinze à vingt secondes. Pas de douche froide, pas de douche en pluie.

C. *Electricité* : 1° Faire tous les deux jours une séance *d'électricité statique* d'une durée d'un quart d'heure. Le malade placé sur un tabouret isolant, est mis en communication avec le pôle négatif d'une machine électrique et se charge ainsi d'électricité ;

2° Combattre la céphalée par le souffle électrique obtenu en approchant à 10 centimètres environ du malade chargé d'électricité une pointe métallique mise en communication avec le sol ;

3° Contre la parésie musculaire, se servir de la friction électrique obtenue en promenant sur le corps électrisé une baguette métallique.

D. *Médication tonique*. Kola, coca, quinquina, glycérophosphate de chaux.

Deux fois par semaine, faire des injections hypodermiques de 1 centimètre cube d'abord, puis 5 centimètres cubes, soit avec le liquide rachidien de Brown-Séquard, soit avec le liquide de substance nerveuse de Constantin Paul. (*Tribune médicale*, juillet 1894.)

III. *Emploi thérapeutique des sels de strontium.*

Les sels de strontium ont été expérimentés à la clinique du prof. Drasche chez des malades albuminuriques qui restaient soumis, pendant toute la durée de l'expérience, à une alimentation mixte.

Ces essais ont confirmé en premier lieu ce qu'on a dit des effets diurétiques des sels de strontium. L'action diurétique a été manifeste surtout dans les cas d'anasarque ou d'ascites abondantes avec diminution de la quantité d'urine. Sous l'influence de l'administration du lactate de

strontium, les hydropisies diminuèrent lentement mais progressivement ; en même temps on constatait une diurèse plus abondante.

Chez un malade on employa successivement le lactate de strontium et la diurétine pour comparer l'action des deux médicaments. Les effets furent beaucoup plus prononcés avec la diurétine; par contre, avec le lactate de strontium, il a été possible de stimuler de nouveau la sécrétion urinaire lorsque celle-ci eut baissé après la suspension de la diurétine.

Dans la plupart des cas, on put noter avec le lactate de strontium une diminution de l'albuminurie; celle-ci n'a pas été influencée par la médication dans plusieurs cas; dans quelques cas elle paraît même avoir augmenté chez un malade atteint de rétrécissement mitral, le lactate de strontium ne donna pas de résultat.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Dans un grand nombre de cas d'albuminurie, le lactate de strontium fait diminuer sensiblement la quantité d'albuminurie éliminée par les urines, sauf dans le cas de néphrite atrophique.

2° Le mode d'action des sels de strontium n'est pas facile à expliquer, et il n'est pas encore prouvé que ces sels agissent favorablement sur les fonctions digestives en restreignant, comme l'admet M. Dujardin-Beaumetz, la formation des toxines.

3° En raison de ses propriétés diurétiques, le lactate de strontium peut être employé contre la pleurésie exsudative comme succédané du salicylate de soude. L'administration prolongée du médicament n'entraîne pas d'effets fâcheux.

4° Pour éviter les nausées et les vomissements qu'on

observe fréquemment dans l'administration des sels de strontium en poudre il est préférable de recourir à la formule suivante :

Lactate de strontium	25 gr.
Eau.	150 gr.

Trois à quatre cuillerées par jour. (*Bull. génér. de Thérapeutique.*)

IV. — *Du sulfate de cuivre dans le traitement des ulcérations syphilitiques tertiaires du pharynx.*

D'après les observations de M. Santi, assistant de M. le Dr de Hoviland Hall, chargé du service des maladies de la gorge au Westminster Hospital de Londres, les badigeonnages avec une solution de sulfate de cuivre à 4 pour 100 seraient le meilleur traitement local des ulcérations tertiaires du pharynx. Ce moyen qui, bien entendu, doit toujours être associé au traitement antisyphilitique général, serait bien plus efficace que les attouchements au crayon de nitrate d'argent ou à la teinture d'iode employés d'habitude en pareille circonstance, et amènerait rapidement, souvent en une dizaine de jours, la guérison complète des plaies serpigineuses les plus étendues.

M. Santi pratique les badigeonnages cupriques une fois tous les jours ou tous les deux jours. La plaie est préalablement lavée avec une solution alcaline, nettoyée au moyen de coton hydrophile et insensibilisée avec une solution de cocaïne à 4 pour 100. Dans l'intervalle des badigeonnages, le malade emploie un simple gargarisme boriqué. (*Semaine médicale.*)

Dr Gabalda.

VARIÉTÉS

COMPTE RENDU DE LA MAISON SAINT-LUC

L'hôpital homœopathique de Lyon, la maison Saint-Luc, situé quai Claude Bernard, nous envoie son compte rendu annuel pour 1894. Nous sommes heureux de publier les bons résultats du traitement homœopathique de cet hôpital dans le numéro qui contient le compte rendu de l'hôpital Saint-Jacques.

La maison Saint-Luc commence sa vingtième année d'existence.

Le nombre des malades traités dans les salles, du 1er janvier au 31 décembre 1894, s'est élevée à 187, savoir :

Hommes.	77	187
Femmes.	110	

Nombre de journées de malades passées à la Maison.	5.236	
Moyenne du séjour des malades.	28	jours.
Nombre de malades guéris.	98	
— soulagés.	30	
— stationnaires	19	
— décédés.	18	
— en traitement au 31 décembre.	22	

Dix-huit décès ont eu lieu pendant le cours de cette année, savoir :

3 par suite de cirrhose du foie.
3 — congestion pulmonaire.
1 — fièvre typhoïde.
4 — affections cardiaques.
5 — phtisie
1 — ramollissement cérébral.
1 — diabète.

Le nombre des consultations du Dispensaire s'est

élevé à 22.356, dépassant de près de 1.800 celui de l'année précédente. C'est le chiffre le plus élevé qu'elles aient atteint, et il porte à 300.391 le nombre des consultations données depuis l'ouverture de l'Hôpital.

Ces résultats et leur progression soutenue n'ont pu rester inaperçus. Au Congrès national d'Assistance qui s'est tenu l'an dernier dans notre ville, une des sommités du monde médical lyonnais, M. le D^r^ Delore, ancien chirurgien-major de la Charité, a consacré à l'Hôpital Saint-Luc un article de son intéressant rapport sur les établissements charitables fondés à Lyon par l'initiative privée. Nos lecteurs nous sauront gré de le mettre sous leurs yeux :

« L'Hôpital Homœopatique Saint-Luc, dit le Dr Delore, a été fondé sur le quai Claude-Bernard en 1875. Il est desservi par les Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, et contient 20 lits. Les chiffres suivants démontrent l'importance des secours qu'il rend aux personnes atteintes de maladies externes. En 1893 le nombre des malades hospitalisés a été de 182, et le chiffre de leurs journées de 4.830.

« Quatorze décès ont eu lieu pendant le cours de l'année, par suite de cancer, d'affections cardiaques, de bronchite chronique, et de cirrhose du foie. Le nombre des consultations a été de 20.636. Le chiffre des consultations a été de 278.035 depuis l'ouverture de l'établissement. Il y a donc là un effort méritoire, et on ne peut qu'admirer les convictions charitables des hommes de bien qui se vouent au soulagement des malades dont la reconnaissance est profonde.»

Ces lignes, émanant d'une notabilité médicale, sont un précieux témoignage, et ajoutent à la satisfaction que les résultats de l'Œuvre donnent à ses administrateurs. »

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

L'ART MÉDICAL

MAI 1895

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

DIXIÈME LEÇON

SOMMAIRE : Suite de l'observation de la malade couchée au n°2; excellents effets de caféine et digitaline. Mort, autopsie. énorme abcès occupant le lobe droit, atteignant et comprimant les voies biliaires. — Kyste hydatique suppuré, comment se fait sa suppuration. Kyste hydatique produisant des symptômes de coliques hépatiques. — La caféine et la digitaline. — Diabète. Pastilles pancréatiques, amélioration. — Vertiges et tabac.— Angine de poitrine et tabac. — Angine toxique et angine vraie. — Sciatique. Kalihydriodicum et plumbum. — Constipation. — Collinsonia, doses et mode d'administration.

Messieurs,

Nous avons déjà parlé plusieurs fois d'une femme couchée au n° 2 de la grande salle et présentant des symptômes de colique hépatique grave. Dimanche dernier, 3 février, elle était dans un collapsus profond : la mort paraissait imminente pour le jour même. Le chirurgien appelé en consultation disait que dans son état, l'opération ne serait qu'une autopsie.

Médicalement nous avions à choisir entre le sulfate de quinine, la caféine et la digitaline. Il y avait des symptômes cardiaques inquiétants : cœur en asystolie, pouls

peu sensible, battements sourds, oppression considérable et lipothymies fréquentes; *anurie* complète.

Nous avons essayé la caféine parce qu'elle est un poison du cœur : dans les empoisonnements, elle tue par paralysie cardiaque. Elle était donc bien homœopathique à notre cas. Elle a d'ailleurs une action plus prompte et moins dangereuse que la digitaline. Avec cette dernière si on dépasse l'action favorable, on a tout de suite une aggravation du mal. La caféine a été administrée en injections hypodermiques de 30 centigrammes, une injection toutes les trois heures.

4 février, la malade s'est un peu remontée sous ce traitement. Quelques grammes d'urine étaient revenus; le pouls était mieux frappé.

A ce moment nous ordonnons XX gouttes de digitaline cristallisée au 1/1000 (solution de Miahle). C'est en somme notre 3e dilution décimale. Et à l'hôpital nous en avons une grande habitude. Nous n'allions donc pas au hasard. Le soir même, Mme X. éprouve une sensation de mieux, on recueille un demi-litre d'urine. Le 5 février, vingt-quatre heures après, XX nouvelles gouttes de digitaline en deux fois à une heure de distance :

Résultats : 2 litres d'urine, presque une résurrection; pouls normal; respiration franche ; bien-être. Ce mieux réel persiste jusqu'au mercredi matin quand une crise de colique hépatique se reproduit. Nous la calmons par une piqûre de morphine.

Le Dr Le Bec, étonné de ce changement veut bien intervenir. L'opération est longue, laborieuse; on trouve le foie très descendu ; le lobe droit est énorme; la vésicule biliaire, à la hauteur de l'ombilic, est très dilatée. On

établit la fistule biliaire. Il sort beaucoup de bile. Mais de calcul, point ! Il y avait eu erreur de diagnostic.

Quelques heures après, la malade meurt du choc opératoire.

L'autopsie décèle une immense poche de pus occupant toute la partie postérieure du lobe droit, se prolongeant par un diverticulum jusqu'au contact de la vésicule et comprimant manifestement le canal cystique.

De quelle nature était cet abcès ?

Comment a-t-il simulé des crises de colique hépatique ?

Enfin quelle a été l'action de la caféine et de la digitaline ? Trois questions que nous voulons traiter dans cette conférence.

On n'avait pas pensé à un abcès du foie. En dehors du traumatisme, cette lésion est presque inconnue chez nous. C'est une maladie des tropiques. Mais nous aurions dû songer à la possibilité d'un kyste hydatique, et d'un kyste hydatique suppuré.

Pourquoi et comment le kyste hydatique suppure-t-il ? Son liquide est aseptique ; sa membrane d'enveloppe ne donne passage à aucun microbe. On suppose que cette membrane s'éraille et laisse passer les microbes. Mais n'oublions pas que le pus des kystes hydatiques ne renferme pas de germes septiques.

En résumé nous n'avons pas l'explication microbienne de la transformation du liquide hydatique en pus et il faut admettre, en attendant mieux, que cette transformation s'opère d'une manière aseptique quand l'hydatide est morte. Du reste cette terminaison est fréquente. Nous avons vu des kystes hydatiques s'ouvrir dans les bronches, dans l'intestin et à travers la paroi abdominale.

Nous avons eu affaire ici à un de ces kystes : il comprimait le canal cystique, d'où symptômes de rétention biliaire et de colique hépatique (avec ictère dans les derniers temps).

Suivant nous, cette femme n'a jamais eu de coliques hépatiques. Depuis trois ans, elle était sujette à des crises parce que à certains moments, le kyste comprimait le canal cystique. Elle n'avait pas de jaunisse, mais tous les symptômes de la colique hépatique. Cette explication n'est point une fantaisie,le fait a été observé plusieurs fois.

Parfois les kystes s'ouvrent dans la vésicule biliaire. Des hydatides filles vont s'engager dans le canal cystique du cholédoque, jouent le rôle de calcul et produisent tous les symptômes de la colique hépatique.

Ici point de communication entre le kyste et les voies biliaires ; il y a eu coliques dues à la compression du canal cystique, d'abord par un kyste sain (bonne santé dans l'intervalle des accès), puis suppuré (alors fièvre, accès cardiaque.

Si cette malade nous était venue dans un état de calme relatif, on aurait pu faire un examen local approfondi. Cet examen n'était pas praticable, à cause de la douleur que provoquait la moindre palpation.

On aurait pu évidemment l'examiner sous le chloroforme, faire une ponction exploratrice. En piquant n'importe où, on tombait sur du pus. L'opération alors eût été autre. Il y avait là une chance de guérison. Mais le diagnostic nous paraissait si ferme que cela a été négligé. Cette histoire est intéressante ; nous avons tenu à vous la raconter dans tous ses détails.

Ce qui nous console, c'est que sans intervention chirurgicale, la malade serait certainement morte prochai-

nement, par le cœur (phénomènes inhibitoires par irritation du nerf phrénique) ou bien par rupture de l'abcès et péritonite consécutive.

Remarquons l'action bienfaisante de la caféine et de la digitaline ; elle a été palpable; dimanche matin, on croyait à la mort dans la journée. Sous leur influence, les fonctions cardiaques et rénales se sont rétablies. Après une anurie complète de vingt-quatre heures, nous avons obtenu 2 litres d'urine. Il est donc bon de se rappeler que nous avons un moyen puissant de remédier aux asystolies.

La macération des feuilles de digitale a, elle aussi, une action certaine sur le muscle cardiaque, mais au bout de trois à quatre jours seulement. Les urines ne reviennent que peu à peu. Le résultat est beaucoup plus rapide avec la digitaline de Miahle qui est une préparation très stable et très constante dans ses effets.

Notre diabétique a éprouvé, comme vous le savez, un mieux notable par les pastilles de pancréas. Puis est survenu un érysipèle qui a fait disparaître le sucre pendant quinze jours. La glycosurie se manifestant à nouveau, le pancréas a été redonné. Nous avons un succès relatif. Il n'y a plus que 5 grammes de sucre (au lieu de 44) et que 1 litre 1/2 d'urine (au lieu de 3).

La malade sort, mais nous pourrons la suivre : elle nous donnera de ses urines à analyser.

Nous voulons maintenant vous parler du traitement de maladies généralement assez rebelles. Voici l'observation : une malade atteinte de vertige.

Mlle X..., 32 ans, institutrice, entrée le 1er février 1895 dans la chambre 4, a commencé à traîner vers le 15 jan-

vier, à avoir un malaise général. Puis le 22 janvier, elle a été prise d'étourdissements violents au lever, avec état nauséeux, mais sans vomissements.

Chez elle, elle a été purgée deux fois et a pris pour couper la fièvre, 1 gramme de sulfate de quinine.

A son arrivée, la température du soir est de 40°,8.

Le 2 février, au matin. Température 38°,2.

On donne nux vomica (6) II gouttes.

Température du soir, 38°4.

Le 3, même traitement.

Température du matin 37°; du soir 37°2.

Les étourdissements continuant, le 4 on administre *tabaccum* 1re trituration 1/10 (20 centigrammes), et on continue les 4 et 6 février. Plus de fièvre.

Les étourdissements vont en diminuant. La malade est de mieux en mieux. Les vertiges cessent.

Les forces reviennent, mais il reste encore un dégoût très prononcé pour toute espèce de nourriture.

Nous avons ici donné le tabac pour ces étourdissements, non pas en l'appelant tabac, mais en déguisant son nom sous celui de *nicotiana*. Il est bon quelquefois de ne pas dire aux malades le nom vulgaire du médicament. Et comme c'est à forte dose que le tabac produit des vertiges, nous l'avons prescrit à dose relativement élevée, 20 centigrammes en un jour de la 1re trituration décimale. Cela fait 0,02 de feuille de tabac ; on n'a jamais d'accidents avec ces doses et l'action est sûre.

Voici à ce point de vue la matière médicale du tabac : vertige particulier qui augmente dans la station debout ou assise, diminue dans le décubitus dorsal ; nausées, vomissements, diarrhée, refroidissement, sueurs froides, bourdonnement d'oreilles, surdité, lipothymies.

Ce médicament soulage toujours et souvent guérit. Dans le vertige de Ménière, il a moins de succès : le sulfate de quinine est alors mieux indiqué.

Pour le *mal de mer*, le tabac réussit quelquefois.

Parfois enfin le tabac produit par intoxication des symptômes d'*angine de poitrine*. On cite le cas d'un équipage qui avait tellement fumé, la cargaison consistant en cigares de la Havane, que de nombreux matelots présentaient tous les symptômes de cette affection.

Expérimenté chez l'homme sain, le tabac occasionne une douleur et une barre sous-sternale, de l'angoisse, un état lipothymique, des intermittences du pouls.

Le tabac, par son usage excessif, peut produire deux espèces d'angine de poitrine : une simplement *toxique* et qui disparaît par la cessation de l'usage du tabac; l'autre qui survient chez les *artério-scléreux* et qui est infiniment plus grave, est *l'angine de poitrine vraie*. Dans sa genèse, le tabac joue simplement le rôle de cause occasionnelle.

Nous possédons un certain nombre d'observations d'amélioration et même de guérisons d'angine de poitrine vraie par le tabac mais dans ce cas, nous donnons une dose plus faible que pour le vertige, c'est habituellement la 3e dilution que nous prescrivons.

La malade atteint de sciatique dont je vous ai déjà parlé traîne en longueur. Après nux vomica et ignatia qui l'avaient améliorée, on l'a mise à l'*iodure de potassium* (30). Pendant quatre jours, il y a eu un mieux sensible. Nous avons suspendu le médicament, la douleur a repris et cette nuit a été mauvaise. Nous avons alors donné la 12e dilution et nous verrons l'effet. La matière médicale de Hahnemann nous fournit plusieurs symptômes de

iodium se rapportant à cette maladie : tiraillement rhumatismal dans tout le membre inférieur gauche la nuit au lit. — Cuisse douloureuse surtout la nuit — plusieurs espèces de douleurs dans la cuisse, particulièrement la cuisse gauche. Déchirement dans la cuisse gauche. Elancement vif dans la cuisse gauche. Vous voyez donc que la matière médicale nous fournit des indications de l'iode dans le traitement de la sciatique.

La sciatique chronique est très difficile à guérir. Disons en passant que le *plomb* donne des résultats, mais surtout quand il y a atrophie musculaire.

La *constipation* fait le désespoir du médecin aussi bien que des malades. A force de chercher le remède, on le trouve cependant.

Notre malade atteinte de fièvre typhoïde avec tout un cortège d'accidents graves a une constipation opiniâtre contre laquelle après avoir prescrit inutilement nux vomica et lycopode nous avons employé successivement les lavements, les purgatifs. Malgré tous ces moyens on fut obligé de pratiquer la défécation avec la main.

Mise à l'usage de colinsonia, au bout de huit jours, elle avait des selles régulières et spontanées.

Le *Colinsonia Canadensis* est une plante de la famille des Labiées. Les allopathes en parlent peu et disent des banalités. C'est d'après eux un tonique, un astringent, un diurétique. Que signifient ces nobles qualificatifs?

Les homœopathes l'ayant expérimenté sur l'homme sain ont remarqué que colinsonia a une action localisée sur le gros intestin.

Il produit une constipation opiniâtre avec pesanteur au rectum, douleurs sourdes dans l'anus. Il est l'analogue de l'aloès.

Dans le traitement homœopathique de la constipation nous ordonnons nux vomica quand la constipation s'accompagne de fausses envies (très hautes dilutions, 12e ou 30e); lycopodium (30e dilution) produit des effets étonnants, mais malheureusement les effets ne sont pas constants.

L'*opium* à dose infinitésimale réussit dans les constipations inertes, avec selles énormes.

Plumbum également.

Il faut prescrire colinsonia pendant quinze jours, trois semaines, un mois et plus s'il agit. On emploie la 1re trituration décimale. Nous formulons habituellement ainsi :

4 gr. divisés en 20 paquets.

1 par jour, en 2 fois, à sec sur la langue au commencement des repas.

ONZIÈME LEÇON

SOMMAIRE : Matière médicale du quinquina dans ses rapports avec les états graves des maladies non paludéennes.— Hahnemann, collapsus et malignité.— Nothnagel et Rossbach, le quinquina est le contraire d'un tonique. — Dictionnaire encyclopédique, symptômes de collapsus et de malignité produits par le sulfate de quinine. — Le sulfate de quinine est un poison du cœur. — Concordance de la pathogénésie de Hahnemann avec les pathogénésies contemporaines. — Colocynthis, sa matière médicale, ses indications. — Hepar sulfuris, matière médicale, ses indications.

Je compléterai aujourd'hui les renseignements cliniques que je vous ai donnés dans mes précédentes leçons sur le quinquina. Vous savez déjà que le sulfate de quinine est un excellent antipaludéen, un antipériodique contre

les accès pernicieux qui surviennent dans le cours de la pneumonie et de la fièvre typhoïde, et un précieux médicament dans le collapsus de maladies graves qui ne sont ni périodiques, ni paludéennes.

Mais les indications du sulfate de quinine ne sont pas toujours faciles à fixer. Ainsi dans le collapsus grave à marche continue, elles ne sont pas encore bien précises. Il importe donc de mettre à contribution la matière médicale pour établir les signes qui permettent d'appliquer, d'après la loi de similitude, le quinquina dans les cas dont il s'agit :

Une première erreur à redresser est l'opinion si généralement répandue qui considère le quinquina comme *un tonique*. Chez les animaux et chez l'homme sain, le quinquina loin d'augmenter les forces, les déprime ; au lieu d'agir comme tonique, il produit un colapsus particulier.

Le quinquina est donc homœopathique au collapsus.

Hahnemann dans son histoire du quinquina avait déjà signalé la propriété déprimante de ce médicament. Voici le résumé des symptômes qu'il a signalés : une grande faiblesse poussée jusqu'au collapsus. Ce collapsus est caractérisé par une surexcitation nerveuse, ou une agitation mêlée d'une grande fatigue et un besoin continuel de changer de place. On remarque souvent la dilatation de la pupille, des troubles de la vue et la cécité ; on constate des bourdonnements d'oreille ou la surdité ; la langue est sèche, blanche ou jaune mais très chargée. La dyspnée est considérable ; quelquefois il y a des saignements de nez et du purpura.

Le collapsus de quinquina s'accompagne aussi d'un mouvement fébrile, d'une chaleur quelquefois sèche,

quelquefois avec sueurs, mais sans soif (d'autres expérimentateurs ont noté, au contraire, une *soif vive*). Le pouls est habituellement fréquent et irrégulier, quelquefois lent et faible.

L'étude du quinquina ne serait pas complète si nous omettions de donner les signes de malignité. Un des plus remarquables, c'est la répartition inégale de la chaleur dans le corps. Ainsi on trouve souvent une partie du corps chaude, l'autre froide. Exemple : une main glacée, l'autre brûlante; la tête est chaude, le corps est froid ; une joue et une oreille sont rouges et chaudes, l'autre joue et l'autre oreille sont froides et pâles.

Dans les cas fort graves, on constate une grande anxiété, de la lipothymie et quelquefois de la syncope. Mais surtout ce qu'il faut retenir c'est le facies hippocratique avec le nez effilé, les yeux creux et cernés, et une indifférence et une insensibilité telles que le malade ne s'occupe pas de ce qui l'entoure.

Remarquons enfin la pâleur de la face,et que « pendant le sommeil,un œil reste ouvert et l'autre à demi fermé,les globes oculaires tournés en haut comme chez des mourants ».

Nous avons trouvé utile de chercher dans l'école allopathique la confirmation des symptômes énumérés par Hahnemann.

Voici ce que nous trouvons dans Nothnagel et Rossbach : La quinine, à doses élevées, affaiblit la force du cœur, fait baisser la pression sanguine. On doit donc la considérer comme déterminant sur un *organisme sain un affaiblissement plutôt qu'un accroissement des forces* (page 543). Nos auteurs aujoutent immédiatement : « Il en est tout autrement sur un organisme malade.Ici la quinine relève

réellement les forces et les conserve. » Ne croirait-on pas entendre un élève d'Hahnemann et ne trouve-t-on pas là une démonstration de la loi de similitude. Voici l'action du sulfate de quinine sur les organes de la circulation : « le sulfate de quinine à doses modérées (jusqu'à 1 gramme), administré à un homme sain fait augmenter le nombre des pulsations cardiaques et élève la pression sanguine... mais si la dose de quinine est élevée (1 gramme 50 à 2 grammes) les contractions du cœur se ralentissent et la pression sanguine s'abaisse.

Jerusaliemski a pourtant observé chez des chiens l'accélération des battements du cœur par des doses élevées mais il ajoute « le pouls devient de plus en plus faible, de moins en moins sensible, finit par disparaître par suite de la paralysie du cœur, la pression sanguine d'abord élevée tombe ensuite ».

On voit que malgré certaines contradictions dans une partie des expériences tous les expérimentateurs sont d'accord pour reconnaître que l'action définitive du sulfate de quinine à doses élevées est la diminution de la tension artérielle et la paralysie du cœur. Nous avions donc raison de dire que comme la digitaline et la caféine le sulfate de quinine est un poison du cœur.

Nous avons trouvé dans les auteurs contemporains la confirmation des mêmes faits.

Nous lisons dans l'article Quinine du Dictionnaire encyclopédique, article rédigé par Delioux de Savignac, les passages suivants : « Il n'en est pas moins vrai que la dépression des fonctions circulatoires est d'autant plus marquée, d'autant plus persistante que la dose de sulfate de quinine est plus élevée... La diminution des pulsations cardiaques et artérielles peut aller jusqu'au quart,

au tiers et même à la moitié de ce qu'elles étaient primitivement.

Il faut chercher la cause de la paralysie du cœur dans l'influence de l'alcaloïde sur les faisceaux mêmes, nerveux ou musculaires, du tissu de cet organe, la fibre musculaire paraissant être encore plus spécialement atteinte » (page 213), ce qui, en terme plus simple, signifie que le sulfate de quinine paralyse le cœur.

Voici maintenant un passage qui se rapporte à l'action générale du sulfate de quinine « mais bientôt affaiblissement musculaire, diminution, abolition même des fonctions sensorielles, prostration, collapsus général; en un mot c'est l'hyposthénie sous toutes ses formes qui s'est réalisée (page 224).

Voici maintenant les symptômes d'empoisonnement « Dans une seconde période, la prostration, le coma, la stupeur arrivent; le sujet tombe dans un collapsus général, collapsus qui, d'emblée, peut ouvrir la suite des accidents quand une dose massive est administrée. » (Page 224.)

Voici maintenant les symptômes présentés par un empoisonné qui avait pris en une seule fois 12 à 15 gr. de sulfate de quinine: « La peau est froide, surtout aux extrémités; les lèvres et les doigts sont livides; l'haleine est fétide, la respiration lente et suspirieuse; le pouls faible, à peine perceptible est cependant régulier. La voix est éteinte, les pupilles sont dilatées, la vue et l'ouïe sont presque nulles. La langue est couverte d'une mucosité épaisse et visqueuse. La soif est grande. » Ces symptômes ont été constatés huit heures après l'empoisonnement (page 265). Des cas analogues à ceux-là, ont été observés dans bien d'autres empoisonnements.

Nous ne quitterons pas ce sujet sans faire remarquer la ressemblance des descriptions d'Hahnemaun avec celles des auteurs contemporains.

Il me semble qu'il résulte de l'exposition qui procède que le quinquina et le sulfate de quinine produisent à hautes doses un collapsus avec refroidissement, affaiblissement considérable des contractions cardiaques et de la pression artérielle ; d'où il résulte que, d'après la loi de similitude, le quinquina est indiqué dans les états graves analogues à ceux qu'il produit, même quand ces états affectent une marche continue et n'ont aucun rapport de nature avec l'impaludisme.

Il est certain, et tous les cliniciens seront de mon avis, que le quinquina et le sulfate de quinine répondent non pas à tous les collapsus mais à quelques-uns seulement. Il reste donc à déterminer tant d'après l'analyse des symptômes produits par la quinine sur l'homme sain, que par l'expérience clinique, quels sont ceux de ces états graves dans le traitement desquels le quinquina et le sulfate de quinine sont indiqués. Nous avons essayé de poser les premiers linéaments de cette question ; nous espérons que les observations de nos confrères viendront fixer définitivement les indications positives et les doses.

Le malade couché au lit n° 1 de la grande salle des hommes a été pris ces jours derniers de coliques violentes sans diarrhée. On donne coloquinte (θ) III gouttes. Un mieux sensible ne se produisant pas, on continue le traitement les 9 et 10 février ; les coliques persistent ; le malade va en diarrhée.

Le 11, au matin, le malade dit que ses douleurs se cal-

ment quand il s'assied sur son lit, qu'il penche le thorax en avant. En somme il éprouve un soulagement notable quand les muscles de la paroi abdominale sont dans le relâchement.

C'est un signe de belladone.

On prescrit belladone (6) II gouttes et le lendemain 12 février, le malade ne ressent plus de coliques.

Belladone a été continuée les 12, 13, 14, 15 février. Les coliques n'ont plus reparu.

La *coloquinte* est une plante de la famille des cucurbitacées fort connue dans l'école allopathique comme un drastique dangereux. Pour nous c'est un médicament précieux dans toutes les douleurs abdominales, qu'elles soient dues à une péritonite, à une entérite ou à une dyssenterie ou même qu'elles soient nerveuses. Mais il faut que ces douleurs soient énormes.

La pathogénésie de la coloquinte contient de très nombreux symptômes en rapport avec la thérapeutique. C'est une douleur excessivement violente dans le ventre, une douleur ayant la forme de coliques, une douleur sécante, des douleurs de ventre des plus violentes, pinçantes, lancinantes, corripiantes. Ces douleurs sont accompagnées de rougeur à la face, d'une grande agitation, quelquefois de vomissement et souvent de diarrhée. On remarque aussi qu'une certaine amélioration est obtenue par la pression en se courbant en deux, par l'ingestion de café noir et par la fumée de tabac.

Ne nous étonnons pas trop de la diversité des expressions employés pour décrire les douleurs produites par la coloquinte, ce médicament ayant été expérimenté par beaucoup de personnes. Chacune d'elles se sert d'expres-

sions qui lui sont propres ; mais retenons que toutes s'accordent sur la violence de la douleur.

J'emploie ordinairement la 3e dilution et, quand cela est nécessaire, je descends jusqu'à la teinture mère.

Quant au malade atteint de sciatique, il va de mieux en mieux. Il est toujours à l'iodure de potassium (12e dilution).

Pour terminer je vous dirai quelques mots d'un médicament fort utile parfois dans la pleurésie, la bronchite chronique et la phtisie à cause de ses bons résultats. Je veux parler de l'*hepar sulfuris*.

L'hepar sulfuris s'obtient en chauffant au rouge blanc, dans un creuset, un mélange d'écaille d'huître et de fleur de soufre à parties égales.

Ce médicament est généralement indiqué dans les suppurations, dans les pleurésies anciennes, dans l'asthme et dans le croup.

Voici les principaux symptômes d'hepar sulfuris : coryza avec mucus épais et mauvaise odeur ; toux excitée par la gêne de la respiration, par l'inspiration profonde ; toux avec vomissements et suffocation ; expectoration muqueuse, abondante, aigrelette, quelquefois sanguinolente; dyspnée ; amaigrissement avec frissons, rougeur des joues, insomnie, enrouement, anxiété ; accès fébrile quotidien suivi de sueurs abondantes.

La clinique confirme tous ses symptômes et démontre que l'hepar sulfuris convient souvent fort bien quand il s'agit de favoriser l'ouverture d'un abcès ; dans les suppurations chroniques ; dans les pleurésies après l'usage de cantharis, et dans la fièvre hectique des phtisiques.

Malheureusement la pathogénésie de ce médicament n'est pas très riche; et sous ce rapport l'hepar sulfuris est encore à l'étude.

D[r] P. Jousset.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

PATHOGÉNÉSIE DE LA THYROIDINE

Depuis deux ou trois ans les expériences se sont multipliées sur le corps thyroïde et la thyroïdine; nous possédons ainsi un nouveau médicament qui paraît agir d'après la loi de similitude. Le D[r] Clarke a publié dans le *Homœopathic World* une pathogénésie dont nous allons donner la traduction à nos lecteurs, en ajoutant quelques expérimentations françaises qui ont eu lieu depuis.

1° Murray. (*Brit. Med. Journ.*, 27 avril 1892.) — Injection d'extrait glycériné dans la région interscapulaire.

Immédiatement, rougeur, nausées ; douleurs piquantes dans la région lombaire.

Perte de connaissance et convulsions musculaires toniques généralisées pendant quelques minutes.

Gonflement dur au niveau de l'injection.

Gonflement des chairs au niveau de l'injection, suivi par un abcès de peu d'étendue.

Malaise le jour de l'injection, amélioré par le repos au lit.

Rougeur, perte de connaissance et spasmes musculaires toniques pendant quelques secondes.

Rougeur, nausées et douleurs lombaires, pendant quel-

ques minutes, gonflement dur au point de l'injection, disparaissant sans suppuration.

En essayant de monter une côte, mort subite par affaissement cardiaque. (Il s'agissait d'une femme de 62 ans, atteinte de faiblesse cardiaque, qui avait été améliorée comme état général par le traitement. Elle était atteinte antérieurement d'une dyspnée cardiaque par le mouvement.)

Un matin, en se baissant pour mettre ses chaussures, elle se trouve mal et meurt en une demi-heure. (Il s'agissait d'une dame de 64 ans, ayant eu antérieurement des syncopes, de la dyspnée, un pouls faible et intermittent, sans souffle cardiaque.)

2° Claye Shawe. Dame de 33 ans, à l'asile Banstead; mariée à 20 ans ; après la naissance de son second enfant, en 1882, manie puerpérale, elle se fait une blessure à la gorge — s'est-elle blessée la glande thyroïde? — En février 1888, quatre mois après la naissance de son troisième enfant, elle devient faible et un myxœdème se développe. A son entrée, myxœdème bien marqué, stupeur, grande résistance musculaire, réflexes du genou exagérés, action du cœur affaiblie. Les symptômes mentaux sont une stupeur aiguë, ou une agitation mélancolique. Parfois, on ne peut la faire parler, mais elle reste étendue à terre avec les membres rigides. D'autrefois, elle pleure et se déshabille. Quelquefois, elle est dangereuse et portée à l'homicide; elle placerait ses bras autour du cou des autres patients si étroitement qu'elle les étranglerait presque.

Elle est admise en avril 1891.

Le 9 avril 1892, commencement des injections.

Le 15, les règles apparaissent pour la quatrième fois depuis son admission.

Le 19, petit abcès au niveau de la 4e injection. Menstruation très abondante.

Le 26 avril, deux crises de syncope (elle est sujette à des crises semblables depuis une scarlatine à l'âge de 17 ans).

La malade fut renvoyée guérie de son myxœdème et de sa folie.

3° Hearn. — Il se précautionnait contre les injections trop hâtives. Un de ses malades montra des symptômes très extraordinaires après l'injection :

D'abord, la peau devint si livide qu'elle était presque bleue.

Ensuite, il y eut des tremblements, légers dans les membres, et perte de connaissance complète, pendant un quart d'heure.

Le patient mit une semaine à se remettre de cet effet. après quoi il fut très soulagé.

4° Sims Woodhead. — Des extraits variés de différentes glandes, injectés à des lapins, amenèrent la dégénérescence du muscle cardiaque.

5° Hector Mackenzie (*Id.*, 29 octobre 1892.) — Extrait frais de glandes fraîches, pris par la bouche.

Une trop forte dose (deux thyroïdes chaque fois) cause :

Nausée, vomissement léger.

Augmentation du pouls (116).

Abaissement de la température (100° F. soit 37.8 C.

Visage congestionné.

Douleurs partout.

Cinq fois, la malade (une femme de 39 ans) vomit la glande thyroïde.

La peau des mains et des pieds desquame.

6° E. L. Fox. — Une femme, âgée de 49 ans, prit de l'extrait glycériné une fois par semaine. Par erreur, elle prit la glande hachée deux fois par semaine pendant quinze jours avec le résultat suivant :

Elle se sentit devenir rapidement plus faible.

Transpiration profuse pour le moindre exercice.

Incapacité de marcher ou de se tenir debout, sans chanceler.

7° Cecil F. Beadles. (*Brit. med. Journ.*, 24 déc. 1892.) — Femme célibataire, de 50 ans, souffrant de myxœdème depuis 1884. On commence les injections le 10 mai 1892.

Après chaque injection, elle devient chaude et éprouve une sensation d'envie de vomir.

Le murmure cardiaque systolique était moins marqué après le traitement qu'avant.

Amélioration corporelle et mentale.

8° C. E. Hale. (*Id.*, 31 déc. 1892.) — Obs. I. — Femme mariée de 48 ans, malade depuis quinze ans.

Se plaint de temps à autre d'une sensation de lipothymie, pas d'une façon particulière après les injections.

Œdème des jambes, qui apparaît et diminue ensuite, et continue à apparaître et à diminuer pendant un mois.

Elle montre une vivacité plus grande dans ses querelles avec d'autres malades pour de futiles divergences d'opinion.

Obs. II. — Femme mariée de 46 ans, malade depuis deux ans et demi ; cas bien marqué de myxœdème ; ce-

pendant les cheveux commencent seulement à tomber. La seule particularité à noter chez la malade était qu'elle était sujette à des transpirations profuses.

Après la première injection (5 avril), faite à la dose ordinaire, beaucoup de vertige et de céphalalgie pendant vingt-quatre heures.

30 mai. Après l'injection (faite dans le dos), perte complète de l'usage des mains pendant deux jours. Le même phénomène se reproduisit pendant quelques jours après l'injection du 30 juillet.

Obs. III. — Femme mariée de 54 ans, myxœdémateuse depuis sept ans. Cas bien marqué; ménopause cinq ans auparavant.

Après les quelques premières injections (commencées le 18 mars), pendant quelques heures, sensation de faiblesse et nausées.

Le 24. Injection, suivie de douleurs et de gonflement au niveau de la piqûre.

Le 31. Après l'injection, fréquents évanouissements.

7 juin. Après l'injection (qui fut très légère), elle se sent étrange et incapable d'élever les bras.

Des cheveux noirs poussent au milieu des gris.

Obs. IV. — Femme de 27 ans, myxœdème datant d'un an et demi; cas mal caractérisé. Le traitement commence en mars: cessation chaque semaine pendant trois jours.

30 mai. Douleur et gonflement au niveau de la piqûre.

4 juin. Abcès qui se cicatrise promptement après l'incision.

Augmentation de la sécrétion urinaire.

9° Cresswell Barker. (*Id.*, 7 janvier 1893.) — Alimentation avec des glandes fraîches.

Homme de 53 ans ; myxœdème depuis 1886.

12 novembre 1892. A midi, il prend un des deux lobes du corps thyroïde de mouton, buvant pour le faire couler un peu d'eau-de-vie et d'eau de Seltz.

Le lendemain, dépression.

Le 14. Il est réveillé vers 4 heures du matin par une céphalalgie aiguë et une douleur intense dans le dos et les reins, qui continue pendant trois jours et l'oblige à garder le lit.

Le 26. Il prend une autre glande. Nausées aussitôt. Céphalalgie pendant le même temps que précédemment.

14 décembre. Il a déjà pris cinq glandes ; son aspect est tout différent. La peau a entièrement desquamé; mais il n'a éprouvé ni transpiration, ni diurèse.

Il se trouve plus faible et dit que depuis la première ingestion de corps thyroïde, il a éprouvé un étrange sentiment de lourdeur dans la tête, avec vertige et palpitations en se penchant. Pouls à 64 p., régulier, dépressible.

10° Lundie. (*Id.*, 14 janvier 1893.) — Femme de 54 ans, myxœdème depuis quatorze ans. Les injections commencent en octobre 1891, avec des doses « un peu plus fortes que celles que recommande le Dr Murray ». Pendant six semaines, aucune amélioration ; ensuite amélioration rapide et satisfaisante ; mais, les injections ont dû être arrêtées à cause :

1° De douleurs diffuses, évidemment en relation avec le traitement ;

2° Ensuite, d'une série d'abcès, résultant des injections, mais « tirant probablement leur origine d'un abcès accidentel tout à fait indépendant ».

Une fois, en juin, après s'être fatiguée plus qu'elle ne

l'avait fait depuis longtemps, elle fut prise soudainement de manque de respiration et livide, et se trouva comme si elle mourait. La position horizontale et la prompte administration de stimulents la remit, mais elle parut avoir avec peine échappé au destin de deux des malades du Dr Murray.

11° Henry. (*Id.*, 8 avril 1893.) — Femme mariée, de 44 ans; myxœdème depuis quatorze ans. Le traitement commence le 14 mai, injection d'extrait, deux fois par semaine.

Après la première injection : attaque épileptiforme, après laquelle elle fut sans connaissance pendant une heure. Le lendemain elle se sent mieux et plus chaude. Deux jours après, elle transpire abondamment; les époques qui avaient cessé depuis un an reparaissent et redeviennent régulières.

Après la 14e injection, petit abcès.

A la 19e injection, on est obligé d'interrompre l'injection, à cause d'un commencement de syncope avec bouffée de chaleur dans la partie supérieure du corps et douleurs dans le dos.

21 juillet. Petite hémoptysie, suivie de toux et de signes de phthisie au sommet du poumon gauche.

Augmentation des urines.

12° Byrom Bramwell. (*Id.*, 28 oct. 1893.) — Obs. I. — Desquamation profuse de la peau, surtout de la paume des mains et de la plante des pieds. Effets curatifs.

Jeune fille de 18 ans travaillant au caoutchouc. Psoriasis depuis dix mois. Éruption généralisée : le dos et le devant du tronc, le cuir chevelu, la face de l'extension des bras et des avant-bras; la face et le cou étaient peu

atteints. Dans beaucoup d'endroits, l'éruption était rouge et irritée, avec des croûtes d'une couleur pourpre sombre ; derrière les oreilles, la peau était humide et fendue. La malade un peu anémique était d'une bonne santé générale.

4 février 1893. Un morceau de corps thyroïde cru finement hachée est donné chaque jour dans du papier de riz.

Le 10. Rougeur et démangeaisons moindres.

Le 14. L'éruption se divise sur le dos et tombe sur de larges places d'un pouce de diamètre environ, laissant une peau pâle et paraissant saine.

Le 16. L'apparence irritée, enflammée, a complètement disparu.

1er mars. Les parties humides derrière les oreilles guérissent.

1er avril. L'arsenic ayant été substitué au corps thyroïde, l'amélioration cesse et l'éruption revient.

Le 11. On cesse l'arsenic et on administre de l'extrait thyroïdien. L'éruption disparaît rapidement ; elle revient un peu sur les coudes quand ce traitement est interrompu.

La malade a gagné 6 kilogrammes en poids.

Obs. II. — Femme marié, 38 ans; psoriasis depuis dix-sept mois, violent et envahissant. Rouge, irrité, fendillé, faisant penser à la dermatite exfoliatrice. V gouttes d'extrait de Brady et Martin sont données le 10 mai.

Perte de l'appétit.

Effets curatifs. Le 11 mai, les bras sont moins raides et moins douloureux. Le gonflement a diminué ; les croûtes sont séparées, laissant la peau à peine rouge. L'éruption est bien moins douloureuse.

Le 3 mai. La dose est doublée.

Obs. III. — Femme mariée de 57 ans. Éruption symétrique, serpigineuse de psoriasis occupant le devant, les côtés et le derrière de l'abdomen, ainsi que les parties voisines de la poitrine et des cuisses. Les deux paumes des mains sont couvertes d'éruption sèche et écailleuse; la face interne des bras est atteinte ; il y a des plaques symétriques à chaque aisselle ; les coudes et les genoux sont sains ; la maladie date de six ans et demi, l'éruption est rouge sombre avec des squames brillantes; les bords sont relevés et épais, faisant penser à une origine parasitaire. V gouttes d'extrait sont administrées chaque jour ; en six semaines, grande amélioration.

Obs. IV. — Psoriasis léger, accompagné d'attaques d'épilepsie revenant fréquemment. Pendant l'administration du thyroïde, l'*éruption s'étend et augmente* (la malade prenait en même temps de grandes doses de bromure de potassium).

Observation de lupus. — Amélioration.

Observation d'eczéma aigu. — Diminution marquée de l'irritation de la peau.

13° Raven. (*Id.*, 6 janv. 1894.) — Veuve de 65 ans; myxœdème depuis vingt ans. On administra des tablettes contenant chacune 5 grains d'extrait thyroïdien ; 2 par jour pendant la première semaine ; 3 pendant la seconde ; 4 pendant la quinzaine suivante et 2 seulement ensuite. Le traitement commença le 14 octobre 1893.

Après quelques jours de traitement, elle commence à se plaindre :

Douleurs dans les reins.

La langue devient épaisse.

La température ne dépasse pas 99° (37,2) mais elle se sent fiévreuse et altérée.

Desquamation de la peau, commençant aux jambes et s'étendant à toute la surface du corps. La peau devient ensuite par comparaison douce et lisse.

De mauvaise humeur et morose

Vers le 8 novembre il se produit un changement : la soif et la fièvre disparaissent, la langue est nette, la voix claire; l'irritation et la mauvaise humeur font place à la gaieté et à l'animation.

14° GORDON. (*Id.*, 27 janv. 1894.) — Psoriasis syphilitique, chez une femme de 49 ans. Ulcère sur la joue gauche. Iritis, adénite des glandes du cou. De juillet à septembre 1893 le traitement est constitué par des cautérisations au *nitrate d'argent* et par l'usage interne de l'*iodure de potassium*. Apparition du psoriasis à la paume des mains et à la plante des pieds. On ajoute l'*arsenic* à l'*iodure* et on fait usage de pommade à l'*acide chrysophanique*. Le traitement est arrêté pendant une semaine. Le 11 novembre, on commence l'extrait thyroïdien, la malade étant dans l'état suivant : éruption bien marquée de psoriasis sur tout le corps (cuir chevelu, face, tronc, extrémités supérieures et inférieures; quelques plaques aussi dans la paume des mains et sur la plante des pieds). Éruption plus marquée du côté des extenseurs. Eruption discrète, écailles d'un gris sale sur une base enflammée et infiltrée. A la face externe des deux coudes, sur le haut des deux omoplates, et au niveau de la nuque, larges plaques de desquamation. Plaie ulcérée sur la face buccale de la joue gauche près de l'angle de la bouche.

18 novembre. Légère amélioration.

Le 25. Amélioration plus marquée. Ecailles presque

entièrement disparues ; l'inflammation des bases a beaucoup diminué ; la peau entre les plaques est plus douce et plus élastique. La malade se sent dix ans plus jeune.

3 décembre. Le psoriasis a tout à fait disparu ; pigmentation bronzée où il y avait des plaques de psoriasis ; peau douce, bien nourrie.

Le 20. On arrête l'extrait. Pas de rechute du psoriasis. L'amélioration générale n'a pas continué ; la malade se plaint de sensation de malaise et de douleurs dans les bras et les jambes.

15° BEADLES. (*Lancet*, 17 fév. 1894.) — A propos du traitement du myxœdème associé à la démence par le corps thyroïde, l'auteur dit : « Tous les cas avancés de myxœdème s'accompagnent de quelque aberration mentale, qui tend vers la démence, ordinairement avec hallucinations, prenant la forme de soupçons et de persécutions. Quelquefois l'aliénation se présente sous la forme de manie ou de mélancolie. »

Un cas de myxœdème, chez une dame, durant depuis douze ans, s'accompagna subitement de manie aiguë. Elle fut complètement guérie pour l'esprit et le corps par le traitement thyroïdien.

Femme de 51 ans ; aliénée depuis 1887 ; myxœdème depuis 1884 ; sujette à des attaques de grande violence, séparées par de la dépression et de la tristesse. Après sept mois de traitement avec de la glande crue et de l'extrait glycériné, elle quitta l'asile guérie.

16° MARIE. (*Medical Press*, 21 fév. 1894.) — Femme, myxœdème de 8 ans, alimentation de corps thyroïde cru, première dose de deux corps thyroïdes le 19 novembre.

Le lendemain : température à 100° (37,8), demeurant

ainsi plusieurs jours. Diurèse, fourmillements dans les jambes. Diminution du myxœdème.

Les jours suivants, la malade se plaint d'insomnie, de céphalalgie, de douleurs dans les jambes, d'une grande soif; le pouls monte à 112, la température se maintenant à 37,8.

Légères traces d'albumine dans les urines.

A cause de ces symptômes, suspension du traitement; trois semaines après, elle recommence à prendre un lobe tous les deux jours. Après le septième jour, le mal de tête et les autres symptômes apparaissent de nouveau et prennent de l'intensité, l'alimentation thyroïdienne est de nouveau suspendue. A partir du 11 janvier, les deux tiers d'un lobe sont donnés tous les cinq jours, sans produire d'accidents.

Le myxœdème disparaît.

L'état d'idiotie disparaît.

Des cauchemars très effrayants disparaissent aussi.

17°. *Lancet*, 3 mars 1894.) — « Les symptômes toxiques observés dans quelques cas de myxœdèmes traités par l'injection du tissu de la glande thyroïde rappellent tellement certains symptômes de goitre exophthalmique, que l'on peut se demander si la vraie cause de la maladie de Basedow n'est pas une hyperthyroïdisation : tachycardie, élévation de la température, insomnie, agitation, polyurie, paraplégie incomplète, sensations de chaleur, diaphorèse et diarrhée, sont justement les sympômes dont se plaignent ceux qui sont atteints de goitre exophthalmique.

18° GREENFIELD. (*Brit. med. Journ.*, 9 décembre 1893.) — Effets des doses trop fortes :

Syncope fatale;

Mort avec tous les symptômes de l'angine de poitrine;
Élévation de la température;
Accélération du pouls;
Transpiration;
Diarrhée;
Diurèse;
Dilatation (relaxation) des artérioles;
Tachycardie et grande excitabilité cardiaque, persistant plusieurs jours après la cessation de l'alimentation thyroïdienne (l'extrait glycériné avait paru inerte).

Observé chez un sujet sain :
Légère élévation irrégulière de la température;
Tachycardie.

19° OWEN. (*Id.*, 2 déc. 1893.) — Cas typique de goitre exophthalmique chez un laboureur de 46 ans. Pendant vingt ans, il avait eu le gonflement du cou, l'exophthalmie, les palpitations, l'étouffement; il était venu réclamer un traitement pour une attaque de diarrhée. Après *quinine*, *fer*, *digitale* et *arsenic*, qu'il prit pendant une quinzaine sans résultats, on lui ordonna 1/2 corps thyroïde (il devait en prendre 1/4 chaque jour). La femme lui en donna par erreur le quart d'une livre en deux jours. Cela produisit :
Des nausées;
Des éructations;
Des vertiges;
De l'insomnie;
Du gonflement de la figure et des jambes.

Ces effets ne disparurent qu'une semaine après cette dose. Le malade prit alors la dose indiquée et s'améliora rapidement.

2° Byrom Bramwell. (*Id.*, 6 janv. 1894.) — Il employait l'extrait de Brady (VII gouttes par doses) dans un cas de crétinisme sporadique.

Vomissements.

Excitation, persistant tout le reste de la journée, grommelant continuellement et riant d'une manière qui lui était particulière. La température s'éleva à 99,4 (37.4). On était alors au 3 avril; la dose fut réduite à 5 minimes, mais on l'augmenta le 10 et le 11, une seconde dose de 3 minimes ayant été donnée ces deux jours-là. A la suite, la malade devient très excitée.

Elle ne peut dormir.

Elle se trouva pendant plusieurs jours dans un état que l'on peut seulement dénommer hystérique.

Cet état d'excitation fut suivi d'une dépression très marquée.

Avec des doses plus faibles, la malade guérit rapidement.

La constipation disparut.

Quand la malade quitta l'hôpital, comme il y avait un léger degré de rechute, le Dr Bramwell porta la dose de une pastille à une pastille et demie par jour et il ajoute : « J'aurais ordonné une plus forte dose, si j'avais été certain que la mère dût la donner, mais elle était si impressionnée de la profonde dépression et de l'amaigrissement qui s'étaient produits à l'hôpital avec de plus fortes doses, que je ne pus qu'avec difficulté lui persuader d'augmenter un peu la dose. »

21° Clarke. (*Homœopathic World*, mars 1894.) — Jeune fille nerveuse de 17 ans, guérie avec la 3e trit. déc., trois doses par jour de 2 grains chacune.

Symptômes guéris :

Abattement, faiblesse d'intelligence ;

Parésie des extrémités inférieures;

Douleurs dans les jambes ;

Céphalalgie constante ;

Douleur dans l'occiput et le vertex ;

Douleur de dos ;

Douleur et grande sensibilité dans la région de l'ovaire gauche;

Sensation de plénitude dans la gorge ;

Proéminence des yeux ;

Pouls rapide et impossibilité de se coucher à plat dans son lit ;

Sensation comme si le cœur sautait ;

Constipation.

22° Chantemesse. (*Art médical*, mars 1894.) — Cas de myxœdème fruste. La malade, une femme de 74 ans, eut sa ménopause à 48 ans et fut alors sujette à des alternatives de froid et de chaud, survenant sept ou huit fois par jour. A 65 ans, elle commença à éprouver des cuissons dans les mains, avec frissons pendant l'hiver et chaleurs pendant l'été, s'accompagnant d'abondantes transpirations. A 70 ans, elle eut des crises de tachycardie paroxystique. Au moment du traitement, « un léger gonflement des joues et de la région sus-hyoïdienne, de la rougeur et de la tension de la peau au front, ce qui a fait disparaître les rides, le développement des seins, donnent à cette femme de 74 ans, un aspect relativement jeune ». Il y a eu en même temps une lourdeur intellectuelle, des craintes, des idées absurdes. Elle a été très améliorée par des injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien, mais les doses ayant été augmentées elle s'est plainte :

De vertige ;

De malaises ;

De troubles dyspeptiques ;

D'une somnolence constante ;

Le malaise est si grand qu'elle refuse de continuer le traitement.

Elle devient irritable et d'un mauvais caractère.

23° Byrom Bramwell. (*Brit. med. journ.*, 24 mars 1894.) — Symptômes du thyroïdisme observés chez divers malades :

Dépression profonde ;

Céphalalgie ;

Douleurs en divers points du corps ;

Vomissements ;

Troubles gastro-intestinaux et diarrhée ;

Fièvre et inégalités du pouls.

(Les personnes souffrant de maladies de peau, peuvent supporter des doses plus fortes que celles atteintes de myxœdème.)

Dans un cas d'ichthyose, il y avait de larges vésicules et des plaques inflammées à la surface du corps. Une très forte dose fut donnée, LX gouttes de l'extrait de Brady et Martin et 4 tablettes (de Burroughs et Wellcome) chaque jour. L'extrait seul n'agissait pas ; le pouls s'éleva et l'inflammation de la peau se montra seulement quand on ajouta les tablettes.

L'ichthyose s'améliora et guérit.

Le lupus étendu a guéri.

Dans quelques cas d'affection de la peau, dans le psoriasis, on a observé de l'aggravation.

Chez quelques personnes très susceptibles à cette subs-

tance, un huitième de tablette (1/125 de glande) produisit une profonde réaction en moins d'une heure et demie.

Elévation de la température d'un degré et demi.

Augmentation de la rapidité du pouls.

Rougeur de la face.

Transpiration profonde.

Grande prostration.

Une fois, la dose fut administrée à l'insu du malade et l'effet produit fut semblable.

24° Bodily. (*Id.*, 31 mars 1894.) — Thyroïdine dans l'eczéma de dentition. Le Dr Bodily écrit : « Pour quelque raison, mon aînée présentait un eczéma violent et opiniâtre de la tête et de la figure au moment de la dentition ; il n'y a pas d'antécédents à noter. J'essayai chaque remède qui me fut conseillé par des confrères : *fer* et *arsenic*; huile de foie de morue donnée à l'intérieur et appliquée à l'extérieur ; afin sur l'avis d'un de nos spécialistes éminents, qui vint amicalement le voir, elle fut mise entièrement au lait et à un régime plus ou moins végétal ; mais tout cela sans résultat. Enfin désespéré j'abandonnai tout traitement et l'eczéma disparut quand toutes ses dents furent sorties, quoiqu'il revienne encore sous une forme atténuée, si la peau est exposée au vent, au froid ou à l'air très chaud. Mon second enfant fut aussi atteint de cet eczéma, mais d'une façon plus intense, sur la figure, la tête, le jarret et les chevilles, et dans ce cas aussi aucun traitement ne semblait réussir, lorsqu'il y a six semaines je commençai à lui donner de l'extrait de corps thyroïde, d'abord II gouttes, puis III gouttes, maintenant IV trois fois par jour ; les effets ont été merveilleux, l'eczéma a disparu complètement du cuir chevelu et de la figure ; il

a presque disparu aussi du reste du corps. L'enfant paraît en meilleure santé et a rapidement gagné en chair et en force et quoiqu'il ait percé deux dents tout récemment, il y a à peine eu une légère recrudescence de son eczéma.

25° VOISIN. (*Art médical*, avril 1894.) — Il présente à la Société des hôpitaux une petite fille de 9 ans, idiote, et atteinte de myxœdème. En juillet 1893, on a pratiqué une greffe thyroïdienne et une amélioration a suivi. Depuis le 12 février 1894, pendant trois semaines, on lui a fait prendre 8 grammes de corps thyroïde chaque jour, mélangé à sa nourriture. Après dix-huit jours de traitement :

Elle devient grognon ;

Portée à la colère;

Elle a des frayeurs.

Le 21e jour on constate l'accélération du pouls, une fièvre légère et de la congestion de la peau.

Le trente-quatrième jour, la peau est douce, peu sèche, l'état mental amélioré.

26° LITTLE. (*Lancet*, 7 avril 1894.) — Il signale à l'Académie royale de médecine d'Irlande des symptômes alarmants chez deux de ses malades :

L'un est devenu très nerveux et hystérique, et oblige plusieurs gardes à le veiller.

L'autre après quelques jours de traitement a éprouvé un violent mal de tête, des douleurs de ventre; de semblables symptômes sont survenus après un nouvel essai.

27° BYROM BRAMWELL. (*Brit. med. Journ.*, 14 avril 1894.) — OBS. I. — Jeune fille de 16 ans 1/4. Lupus très étendu

et défigurant, ayant commencé à l'âge de 7 ans par une petite tache brune près de l'angle de la mâchoire du côté droit. Elle fut améliorée en janvier 1891, par une attaque d'érysipèle qui suivit les injections de *tuberculine* de Koch. Elle avait eu un érysipèle auparavant. Dernièrement elle avait eu recours de nouveau au traitement de Koch, avec une amélioration, mais elle eut une nouvelle rechute ; un troisième érysipèle l'améliora encore temporairement. Le 13 février 1893, on commença le traitement thyroïdien, par des glandes crues, puis par de l'extrait de Brady et Martin, enfin par des tabloïds de Burroughs et Wellcome. Depuis le 18 février l'amélioration a commencé et on a obtenu en douze mois de traitement un très grand changement en bien.

Le jour après le début du traitement, elle se plaint : d'une sensation de fatigue et de nausées.

La raideur, la chaleur, la rougeur, l'irritation de la figure étaient bien soulagées.

Le 20 septembre, elle paraît pâle et se sent malade ; douleurs à la partie inférieure de l'abdomen, mal de tête et mal de cœur.

(Ceci recommence à peu près régulièrement chaque mois et le Dr Bramwell l'attribue à l'effort menstruel, la malade n'a jamais été réglée. Cela est probablement exact ; mais ce trouble paraît en même temps être sous la dépendance du traitement thyroïdien, qui a rétabli le flux mensuel chez d'autres malades. — Dr Clarke.)

Comme de règle, les joues et la face sont pâles, mais chaque fois alors et maintenant, sans aucune cause appréciable, la cicatrice est beaucoup plus fortement injectée et les nodules de lupus, qui persistent encore, sont plus apparents.

Anémie et faiblesse (la grande amélioration de l'état général qui s'est montrée entre le 20 janvier et le 3 février, lorsque la dose du traitement thyroïdien a été diminuée, paraît démontrer que l'anémie et la faiblesse générale étaient dues en partie à l'administration prolongée du remède). L'*arsenic* et le *fer* amenèrent une belle aggravation des symptômes fébriles ; on dut les cesser; la *strychnine* et la *quinine* ne donnèrent pas de bons résultats.

(*A suivre.*) Dr MARC JOUSSET.

REVUE DE SÉROTHÉRAPIE

I. SÉROTHÉRAPIE DU CANCER. — II. SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE. — III. SÉROTHÉRAPIE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE. — IV. SÉROTHÉRAPIE DE LA DIPHTÉRIE.

I

Au moment de mettre sous presse nous trouvons dans les journaux de médecine et même dans les journaux politiques une communication à l'Académie des Sciences (séance du 29 avril) de MM. RICHET et HÉRICOURT, qui annoncent avoir trouvé un sérum capable de guérir le cancer; deux observations de guérisons paraissant concluantes sont rapportées par les deux auteurs. Il y a là une nouvelle application de notre loi thérapeutique *similia similibus curantur*, c'est un nouveau traitement isopathique, analogue à celui de Roux pour la diphtérie. Nous ne cesserons pas de revendiquer ces moyens curatifs comme une conséquence directe des idées de Hahnemann.

Nous empruntons à la *Semaine Médicale* le compte rendu de cette intéressante communication.

« On sait que, pour beaucoup de maladies et notamment pour la diphtérie, la sérothérapie est entrée dans la pratique médicale avec de brillants résultats. Les deux cas que nous rapportons aujourd'hui prouvent que cette méthode peut s'appliquer non seulement aux maladies infectieuses dont le microbe virulent est connu, mais aussi à des affections, comme le cancer, dont l'origine microbienne est encore problématique.

« Grâce à MM. Terrier et Reclus, qui nous ont apporté le précieux concours de leur collaboration, nous avons pu faire cette constatation.

« Le 9 février 1895, M. Reclus enlevait un ostéosarcome de la jambe. Cette tumeur fut broyée, puis additionnée d'un peu d'eau. Le liquide, filtré sur toile, fut injecté à trois animaux (un âne et deux chiens). Cette injection ne fut suivie d'aucune réaction, et cinq, sept et quinze jours après, nous prenions le sang de ces animaux pour en recueillir le sérum, lequel a servi à pratiquer des injections chez deux malades. Voici le résultat de cette thérapeutique nouvelle :

« Dans le premier cas, dû à M. Terrier, il s'agit d'une femme qui avait été opérée en octobre 1894 d'une tumeur qui présentait l'aspect d'un fibro-sarcome, du volume d'une orange, remontant à huit mois, adhérente aux 6e, 7e et 8e côtes, sans envahissement des téguments. En février 1895, la tumeur récidivée offrait le volume d'une noisette, et un mois plus tard, le 7 mars dernier, celui d'une petite orange. Le traitement sérothérapique fut commencé le 12 mars; les injections, faites autour de la tumeur dans le tissu cellulaire, à la dose de 3 centimètres cubes environ de sérum, furent continuées pendant quarante jours, ce qui représente une dose totale de

120 centimètres cubes de sérum. A partir du 25 mars la tumeur commença à diminuer manifestement, et cette diminution s'accentua de plus en plus. Actuellement, on ne trouve plus à sa place qu'une plaque d'induration, dont les contours sont difficiles à délimiter et dont le volume, dans son ensemble, n'atteint pas le tiers du volume de la tumeur primitive. De plus, l'état général s'est sensiblement amélioré et la malade a engraissé d'une façon appréciable.

« En résumé, une tumeur de nature certainement cancéreuse (récidive sur la cicatrice) a non seulement été améliorée, mais *guérie* par les injections de sérum alors que tout traitement autre que l'ablation par l'instrument tranchant eût été, en parfaite certitude, absolument impuissant.

« La seconde observation, due à M. Reclus, est celle d'un individu de 44 ans, entré à la Pitié le 27 mars dernier pour une tumeur de la région épigastrique inférieure, du volume d'une grosse orange, diagnostiquée cancer de l'estomac. Toute intervention chirurgicale ayant été considérée comme probablement inefficace, le traitement sérothérapique fut décidé et commencé le 6 avril par une première injection de 4 centimètres cubes de sérum. De cette date au 24 du même mois, on injecta la dose relativement considérable de 64 centimètres cubes. Une amélioration dans l'état général survint promptement. Le poids du malade qui, le 10 avril, était de 57 kilogrammes, était le 16 de 58 et le 23 de 60 kilogrammes. Dès le 10 avril également, la tumeur avait diminué de volume, et cette diminution s'accentuait assez rapidement pour que le 20 du même mois elle ne fut même plus sentie comme tumeur isolée, saillante. La

palpation de la région épigastrique ne donnait plus que la sensation d'un plan résistant, d'une sorte d'empâtement profond, très vague, difficile à limiter.

« Dans ce second cas, comme dans le premier, l'amélioration a donc été rapide, éclatante et incontestable. Tout au plus pourrions-nous nous demander — par un excès de prudence — s'il n'y a pas eu là, en raison de ce succès extraordinaire, une erreur de diagnostic.

« Toutefois, l'observation de M. Terrier n'en persisterait pas moins dans toute sa force : il demeure acquis, en effet, que le sérum anticancéreux a guéri un cas de cancer. »

II

M. Marmorek communique à la Société de biologie (23 fév. 1894) les résultats de ses recherches sur un *sérum antistreptococcique*. En faisant des passages successifs sur le lapin, il a rendu le streptocoque beaucoup plus virulent, au point de le rendre mortel en trente heures à la dose d'un cent-billionième de centimètre cube (4e dilution homœopatique).

En immunisant avec ces toxines des animaux on produit un sérum préventif et curatif; si on injecte de ce sérum, même plusieurs heures après des streptocoques très virulents, les sujets en expérience guérissent.

Dans une séance ultérieure (30 mars) le même auteur rapporte qu'il a traité 46 cas d'érysipèle dans le service du Dr Chantemesse, sans aucun décès. Il a fait des injections avec du sérum provenant de chevaux et d'ânes immunisés par des inoculations d'une culture très virulente de streptocoques. Il commençait par injecter 10 centimètres cubes.

M. Roger, dans la première séance, est venu dire qu'il faisait depuis longtemps, avec M. Charrin, des recherches analogues et qu'ils étaient arrivés au même résultat que M. Marmorek au point de vue des animaux; que même ils avaient expérimenté leur sérum chez l'homme : une femme atteinte d'affection puerpérale paraissait avoir tiré bénéfice de ce mode de traitement.

A la séance du 30 mars, M. Roger est venu rapporter quelques autres faits.

« Il s'agissait d'abord d'une femme qui avait accouché en ville le 18 février; le lendemain de l'accouchement, la fièvre s'allumait et le 22 au soir cette femme entrait à la Maternité; la température atteignait 39°. Le 23 au matin, elle était à 38°,4; il y avait des lochies fétides; on injecte 20 centimètres cubes de sérum; le soir, la température remontait à 39°; nouvelle injection de 20 centimètres cubes. Le 24 au matin, la malade se sentait mieux, et le 25, après deux nouvelles injections de 20 centimètres cubes, la fièvre tombait, les lochies étaient inodores, l'état général excellent. »

Il est à remarquer que dans ce cas, comme dans celui rapporté au mois de février, l'état général a été promptement amélioré et la convalescence rapide.

Depuis, un enfant de 3 semaines, élevé à la couveuse, fut atteint d'un érysipèle de la lèvre et des joues, avec grand amaigrissement; quarante-huit heures après le début, injection de 5 centimètres cubes de sérum, suivie d'une amélioration rapide, arrivant à la guérison au bout de quatre jours; or l'érysipèle des nouveau-nés est presque toujours mortel.

Une femme, vingt-cinq jours après son accouchement, fut atteinte d'une angine pseudo-membraneuse à strep-

tocoques, avec température entre 39°,7 et 41°,3; 148 pulsations; pouls faible et irrégulier; rythme fœtal des battements du cœur; deux injections de 30 centimètres cubes chacune le premier jour; 30 centimètres cubes le lendemain; en trente-six heures la température tomba à 38°,3 et la guérison suit rapidement.

Il y aurait lieu de substituer ce sérum au sérum de Roux dans les angines à streptocoques de la scarlatine.

III

Au *treizième Congrès de médecine interne* tenu à Munich au commencement d'avril, deux communications ont été faites sur le traitement sérothérapique de la fièvre typhoïde.

Le Dr Rumpf, de Hambourg, a traité 65 cas de fièvre typhoïde avec des injections de cultures stérilisées du bacille pyocyanique. Il y a eu quelques abcès lorsqu'on s'est servi de doses initiales fortes. L'auteur a trouvé que les injections n'avaient rien produit sur 13 malades (soit 20 0/0; chez les autres, l'injection était suivie d'une élévation de température, suivie au bout de deux ou trois jours d'un abaissement notable et par une suite de rémissions successives on arrivait ainsi à l'apyrexie complète.

L'auteur ne croit pas ce mode de traitement bien pratique parce qu'il est difficile de régler la dose nécessaire à l'injection; ainsi pour deux cas de fièvre typhoïde aussi identiques que possible, observés à deux époques différentes, la dose nécessaire pour produire un effet varia dans la proportion de 1 à 6.

Ajoutons que nous aurions voulu savoir la mortalité observée, et que cette pratique est différente de celle qui a

réussi dans la diphtérie et ce cancer, où la maladie est combattue par des principes provenant de la maladie elle-même.

L'autre communication ne nous donne encore que des résultats de laboratoire, mais nous aurions plus de confiance dans les résultats cliniques qu'elle pourra produire, car elle est plus dans le mouvement scientifique du jour.

M. Peiper, de Greifswald, a stérilisé les cultures de bacille d'Eberth en les chauffant pendant une heure entre 55 et 60° ; il pense ne pas atténuer ainsi leurs propriétés toxiques. En injectant des petites quantités de culture typhique virulente on vaccine l'organisme contre des injections ultérieures, dont l'action toxique ne se manifeste plus.

Il soumit pendant trois mois deux moutons à des injections de cultures typhiques stérilisées ; le sérum de ces moutons injecté à des cobayes et à des souris les protégea contre l'injection d'une dose mortelle de culture typhique et même contre une dose double ou triple. De plus des animaux injectés depuis quatre heures avec la dose mortelle de bacille d'Eberth et présentant déjà des symptômes très graves, furent guéris par l'injection de ce sérum.

Il manque à ces expériences la confirmation clinique, mais nous sommes tout disposés à croire que cette confirmation ne se fera pas attendre ; il y a encore là, qu'on le veuille on non, une nouvelle application de l'isopathie.

IV

M. Variot à la *Société médicale des hôpitaux* (séance du 29 mars) revient sur l'hyperthermie consécutive aux injections du sérum antidiphtéritique. Il montre que non

seulement le sérum de Roux et le sérum de Behring, qui s'injectent à des doses assez considérables (20 cent. cubes) peuvent produire cette hyperthermie, mais que le sérum d'Aronson dont on n'injecte que 5 centimètres cubes produit le même effet. Le Dr Variot ne croit pas que le sérum soit seul la cause de cette élévation de température et ne peut comparer l'hyperthermie souvent assez considérable observée dans ce cas à celle que MM. Hutinel et Debove ont relatée à la suite des injections de sérum artificiel, qui produisent ordinairement des élévations légères de température et lorsqu'on en injecte des doses considérables. Il pense que l'on doit attribuer surtout cette action à l'antitoxine, qui n'est qu'un « reste des toxines infectées aux animaux pour les immuniser ».

Le Dr Variot pense que le sérum antidiphthéritique est un corps complexe comme l'opium et il serait heureux si on pouvait en isoler la substance active.

M. Le Gendre pense qu'on emploie le sérum Roux à doses trop fortes et depuis qu'il a observé une hyperthermie de 41°,5 après une injection de 9 centimètres cubes, il a beaucoup diminué la dose initiale ; il débute par 6 et 5 centimètres cubes, chez les enfants de 6 et 5 ans ; il a même injecté 4 centimètres cubes seulement chez un enfant de 4 ans et cela avec de très bons résultats.

M. Hayem, rappelant que le sérum de chien est mortel pour le lapin à certaines doses, pense que le sérum du cheval peut être en partie cause de l'hyperthermie observée ; mais comme il sait, d'autre part, que le sérum de chien porté pendant quelques minutes à la température de 56 à 57° perd ses qualités toxiques pour le lapin, il se demande si on ne pourrait pas, avec avantage, faire la même chose

pour le sérum de Roux et il engage ses collègues des hôpitaux d'enfants à faire cette expérience.

Dans la même séance, M. GOUGUENHEIM, chargé du pavillon d'isolement de l'hôpital Lariboisière, depuis le commencement de 1894, est venu donner les résultats de son traitement avant et après l'application de la sérothérapie. Il n'a soigné que des enfants de moins de 2 ans, qui étaient à l'hôpital avec leur mère ou des adultes.

Voici ses chiffres :

Avant l'emploi de la sérothérapie, 135 adultes avec 14 décès, soit 10,37 0/0 ; 40 enfants avec 23 morts, soit 57,5 0/0.

Depuis l'emploi de la sérothérapie, 52 adultes avec 2 morts, soit 3,84 0/0 ; 48 enfants avec 9 morts soit 18,75 0/0.

On voit que ses résultats concordent avec ceux que nous avons reproduits plusieurs fois.

A l'étranger, nous relevons aussi un certain nombre de statistiques favorables au traitement sérothérapique de la diphtérie.

A l'hôpital des Enfants-Malades de Zurich, le Dr Von MURALT a traité avec le sérum 58 petits malades, dont 13 étaient atteints de diphtérie grave et 9 de diphtérie extrêmement grave; il n'y a eu que 2 morts, soit 3,44 0/0 ; or, de 1874 à 1891, on avait reçu dans le même hôpital 690 cas de diphtérie donnant une mortalité de 43,8 0/0.

A la clinique chirurgicale de l'hôpital de Zurich, les résultats sont moins brillants : 38 cas, 9 décès, mortatité de 23,6 0/0.

Il en est de même de Munich, d'après le Dr Ranke : 102 cas (93 traités par le sérum de Behring, 9 par les antitoxines Aronson); comme 7 cas étaient encore en traitement au moment de sa communication, reste 95 cas avec 25 morts ; soit 22 0/0.

« A Trieste, le nombre des cas de diphtérie qui ont fait l'objet d'une déclaration en règle s'est élevé du 25 août au 11 novembre 1894, à 406, dont 63 = 21 0/0, se sont terminés par la mort. De ces 406 cas, 252 ont été traités par les injections du sérum curatif : pour ces cas-là le taux de la mortalité s'est élevé à 17,8 0/0.

« Antérieurement, de 1890 à 1893, le taux de la mortalité par diphtérie a varié, à Trieste, entre 48,2 0/0 et 55,6 0/0 ; en 1893, par conséquent, avant l'introduction de la sérumthérapie, elle a été de 43,8 0/0.

« Pour les cas de diphtérie traités, en 1894, par des injections de sérum, le taux de la mortalité a été de 25,7 0/0 dans les hôpitaux et de 6 0/0 en ville.

« Les statistiques recueillies en Bukovine parlent également en faveur de l'efficacité de la sérumthérapie dans le traitement de la diphtérie. »

Le Dr Heckel a eu l'occasion d'examiner les urines dans 6 cas de diphtérie traités par le sérum de Behring ; et il a toutes les fois trouvé de la peptone dans les urines. Nous avons trouvé cette peptonurie signalée depuis dans les communications à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Ces renseignements sur la sérothérapie de la diphtérie à l'étranger proviennent de la *Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie* (15 mars).

Marc Jousset.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

AFFECTIONS DU TISSU CELLULAIRE

A. *Phlegmon.* — Le phlegmon se présente sous deux formes : phlegmon circonscrit et phlegmon diffus. Ce dernier est presque toujours une affection de la diathèse purulente ou du diabète.

α. *Traitement du phlegmon circonscrit.* — Les principaux médicaments sont : bryone, mercurius, phosphorus et, quand l'abcès est formé, silicea et hepar sulfuris.

1° *Bryonia.* — La bryone est indiquée au début du phlegmon. Ce médicament produit dans différentes parties du corps des symptômes d'inflammation locale avec douleur lancinante et rougeur de la peau. Ces symptômes locaux peuvent s'accompagner de mouvement fébrile débutant par un frisson, suivi d'une chaleur brûlante avec rougeur du visage, soif énorme, pouls grand et fréquent.

La bryone est très généralement employée dans la première période du phlegmon.

Doses et modes d'administration. — Les premières dilutions, une dose toutes les deux heures.

2° *Mercurius.* — Les symptômes de phlegmon produits par mercure sont encore plus marqués que pour la bryone : gonflement rouge, chaud, considérable, avec douleurs brûlantes, excessives avec ou sans complication

d'érysipèle. La fièvre de mercurius est en général rémittente.

Le mercure doit être prescrit après bryone lorsque la suppuration commence à se former.

Une fois le pus collecté, phosphore sera encore indiqué si la douleur est très forte, autrement il faudra prescrire hepar sulfuris et silicea.

Applications externes. — Le collodion élastique appliqué au début de l'affection rend quelquefois de grands services et peut arrêter la maladie à son début. Si le collodion a échoué et si la douleur est considérable il faudra employer les bains et les cataplasmes et on aura soin de rendre ces moyens antiseptiques en y ajoutant l'acide borique au 1/100 ou du sublimé corrosif au 1/1000.

Si l'abcès est profond et doit tarder à s'ouvrir, l'incision par le bistouri est indiquée. On aura soin de s'entourer de toutes les précautions antiseptiques pendant l'opération et pour les pansements qui suivront.

β. *Traitement du phlegmon diffus.* — Belladone et lachesis sont les deux principaux médicaments de cette espèce de phlegmon. Belladone, à cause des symptômes d'érysipèle qui accompagnent le phlegmon diffus; lachesis, parce que la piqûre de ce serpent produit de véritables phlegmons diffus. L'*aconit* et le *sulfate de quinine* à hautes doses sont indiqués, le premier quand le mouvement fébrile est continu, le second quand ce mouvement fébrile est rémittent. Voici comment nous conseillons d'ordonner ces médicaments.

Tout à fait au début quand la fièvre est violente, prescrire aconit II à III gouttes de teinture mère par cuillerée, une cuillerée toutes les deux heures. Si la peau présente

déjà une rougeur érysipélateuse bien marquée, on alternera *belladone* avec *aconit* à la dose de X gouttes de teinture mère en vingt-quatre heures.

Si la maladie résiste, si une grande étendue est prise par l'inflammation, l'état général sera très grave. On donnera alors *lachesis* une dose toutes les deux heures. Et si le mouvement fébrile est rémittent, et, je le répète, si l'état est grave, on alternera *sulfate de quinine* avec *lachesis* de la manière suivante : toutes les deux heures *lachesis* et deux fois par jour, pendant la chute du mouvement fébrile, 50 à 60 centigrammes de *sulfate de quinine*.

En même temps on ouvrira très largement les abcès, on enlèvera les portions du tissu conjonctif mortifié. On assèchera tous les clapiers et on fera prendre au malade au moins deux fois par jour des bains locaux prolongés au sublimé ou à l'acide phénique.

B. *Du furoncle*. — Le furoncle est une inflammation d'une petite portion de tissu conjonctif sous-cutané : cette affection est souvent symptomatique de la goutte et du diabète. La bonne chair, les fatigues, les bains sulfureux et les bains froids sont ordinairement l'occasion du développement des furoncles.

Richard Hughes recommande la belladone à la 1re dilution à doses répétées, quand la suppuration n'est pas encore formée. Silicea est ensuite le médicament principal de la 6e à la 12e dilution.

Graphite est indiqué principalement contre les furoncles multiples et de petites dimensions.

Quand le furoncle a une tendance à se reproduire continuellement, on devra prescrire pendant plusieurs se-

maines arnica et arsenic alternés, un jour l'un et un jour l'autre, deux doses par jour à la 6e dilution. Hepar sulfuris est recommandé dans le même cas par Richard Hughes. Il devra être administré au moins pendant trois semaines.

Traitement local. — Tout à fait au début on retirera un grand avantage de l'emploi du collodion. Plus tard, surtout si les douleurs sont très fortes, le vulgaire cataplasme rendra de grands services pour calmer la douleur et hâter l'ouverture du furoncle. Il faudra prendre les deux précautions suivantes. Le cataplasme sera fait avec de la fécule très cuite parce que la farine de lin favorise la formation de nouveaux furoncles. De plus, ce cataplasme sera arrosé avec de la liqueur Van Swieten ou avec de l'eau phéniquée au 1/1000.

c. *De l'anthrax.* — On a distingué un anthrax bénin et un anthrax malin.

L'anthrax bénin n'est qu'une agglomération de plusieurs furoncles. L'anthrax malin ou l'anthrax proprement dit est une affection toujours grave et souvent mortelle quand elle survient chez les diabétiques.

Trois médicaments sont indiqués dans le traitement de l'anthrax, lachesis, arsenic et silicea quand la suppuration est considérable.

Arsenic doit être donné dès le début à la 3e trituration, six doses en vingt-quatre heures. On emploie en même temps ce médicament à l'extérieur en une pommade contenant 1 gramme de la 2e ou même 1re trituration pour 10 grammes de vaseline.

Si les symptômes généraux prennent une grande inten-

sité : forte fièvre, pouls petit, accéléré et faible, nausée et vomissement, état lipothymique avec sueurs froides, on prescrit le lachesis à la 6e dilution, 6 doses en 24 heures. Pendant ce temps on continue l'application de la pommade arsenicale et on emploie la liqueur de Van Swieten pour laver et nettoyer la plaie.

On calme bien les douleurs et l'inflammation de l'enthrax par une pommade à l'*arnica* ; arnica (1 trit. dec.) 3 gr., cire blanche 10 gr. et vaseline 20 gr.

Quand l'eschare se détache on doit remplacer la pommade arsenicale par un pansement avec de la ouate hydrophile imbibée dans la liqueur de Van Swieten.

Dans la seconde édition de nos Eléments de médecine pratique, j'ai proscrit formellement comme dangereuse la méthode qui consiste à débrider largement la tumeur constituée par l'anthrax. Il est certain que l'asepsie chirurgicale met en général le malade à l'abri des accidents de l'opération et doit modifier cette opinion.

Le débridement opéré à l'aide du thermocautère est aussi un moyen exempt de danger. Nous voulons seulement faire remarquer que toutes ces applications chirurgicales nécessitent l'anesthésie, que par conséquent on ne devra les employer que dans les cas où le volume énorme de la tumeur et ses progrès incessants justifient leur emploi.

P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. Effets comparés des boissons alcooliques ; leur influence prédisposante sur la tuberculose. — II. Accidents cérébraux curables de la grippe. — III. Encore les tractions rythmées. — IV. Accidents industriels du phosphore. — V. Mortalité augmentée par le surpeuplement de l'habitation. — VI. Antipyrine contre certaines diarrhées de l'enfance.

I

(*Séance du 5 mars.*) M. Lancereaux appelle l'attention de l'Académie sur les intoxications chroniques par les boissons alcooliques contenant des essences et connues sous le nom d'*amers*, d'*apéritifs*, etc. En dehors des symptômes habituels à toutes les intoxications alcooliques (insomnie, rêves effrayants, pituites), elles présentent des symptômes propres fournis par l'examen de la sensibilité et par l'exploration des viscères abdominaux.

La sensibitité à la douleur est très augmentée. Le réflexe plantaire est très exagéré ; le plus léger chatouillement péniblement supporté, le moindre pincement au niveau des membres inférieurs surtout et de l'abdomen provoque une douleur insupportable ; ces troubles de la sensibilité ressemblent beaucoup à l'hyperesthésie hystérique ; ils s'étendent quelquefois à la partie postérieure du tronc.

Chez les buveurs d'absinthe, on observe surtout le soir, à la chaleur du lit, des fourmillements, des élancements vers les extrémités des membres inférieurs et au niveau des articulations, pouvant arracher des cris ; pouvant, surtout chez les jeunes femmes, être suivis de névrites avec paralysies, surtout des extenseurs : les nerfs optiques et pneumogastriques peuvent aussi être le siège de ces névrites. Ces paralysies, absolument symétriques, commencent par les extrémités, et suivent une marche ascendante. Ces paralysies qui ne s'observent pas chez les alcooliques ordinaires, sont certainement sous la dépendance des huiles essentielles qui entrent dans la composition des amers ou des apéritifs.

Du côté du cerveau, on observe plutôt la démence que le délire aigu qui se voit chez les buveurs d'alcool.

En outre, la tuberculose se développe très facilement chez les buveurs, qui présentent pour la phtisie une prédisposition particulière.

Si on examine les comptes de l'octroi, on voit que la consommation de l'absinthe augmente d'une façon extraordinaire ; de 57.732 hectolitres en 1885, elle monte à 129.670 en 1892.

M. Lancereaux termine en proposant de réduire le nombre des cabarets, de surélever l'impôt de l'alcool et d'interdire la consommation des apéritifs, en diminuant par contre l'impôt sur le vin et en supprimant celui sur le cidre et la bière.

Ces réformes seraient bien utiles, mais elles nous paraissent difficiles à réaliser.

II

M. Cornil rapporte trois observations d'encéphalopathie

grippale, que nous rapporterons, car nous avons observé tout récemment un cas analogue dont nous publierons l'observation très intéressante dans un prochain numéro.

Voici un résumé de la communication de M. Cornil, emprunté à la *Semaine médicale* :

« Les deux premières observations semblent calquées l'une sur l'autre, à cette exception près que dans un cas il y avait une paralysie motrice à droite avec aphasie, tandis que dans l'autre la paralysie siégeait à gauche et ne s'accompagnait pas d'aphasie.

« A part cette différence, les symptômes ont été les mêmes chez ces deux malades : début par une céphalée intense de longue durée, puis perte de connaissance subite, coma incomplet avec stertor qui dure trois semaines chez l'une, quatre jours seulement chez l'autre, hémiparésie, conservation de la sensibilité, paralysie faciale, troubles de la vision, inégalité des pupilles, paralysie des sphincters, conservation des réflexes tendineux.

« Au début, on pouvait se croire en présence d'une méningite aiguë, plus tard en face d'une lésion (encéphalite ou petits foyers hémorrhagiques) portant sur les centres moteurs d'un hémisphère cérébral. Il est probable, en effet, que les méninges ont été enflammées et que l'écorce du cerveau a été touchée dans les zones motrices. Mais la guérison, lente dans le premier cas, rapide dans le second distingue absolument ces lésions d'avec celles de la méningite aiguë classique ou de la méningo-encéphalite, qui sont presque constamment mortelles. La conservation de la sensibilité, la paralysie faciale, celle des sphincters et les troubles profonds de l'œil différencient ces deux premiers faits de l'hémiplégie hystérique.

« Dans notre troisième observation il s'agissait d'une

hystérique et l'hémiplégie s'accompagnait d'anesthésie; mais là encore nous avons noté la paralysie faciale, l'inégalité pupillaire et une aphasie bien distincte du mutisme nerveux, en sorte que, malgré le terrain hystérique, cette encéphalopathie grippale se différenciait de l'hystérie. »

III

M. Laborde reprend la discussion un peu longue sur la comparaison de l'action des tractions rythmées de la langue et de l'insufflation pour combattre l'asphyxie des nouveau-nés, discussion qui ne nous apprend rien de bien nouveau et qui ne convainc personne, chacun conservant son opinion malgré les arguments de l'adversaire; ainsi M. Laborde, vient contester l'opinion de M. Tarnier que les 70 premiers centimètres cubes d'air expiré, envoyés par insufflation, ne contiennent pas d'acide carbonique; il affirme l'existence de ce gaz et M. Tarnier lui répond immédiatement qu'il se trompe; il affirme que les tractions rythmées sont plus faciles à pratiquer que l'insufflation, qu'elles agissent mieux; M. Tarnier répond que les observations sur lesquelles s'appuie M. Laborde ne peuvent être admises sans réserves, et qu'il préfère les observations mieux étudiées de M. Pinard en faveur de l'insufflation, moyen qu'il ne peut pas critiquer puisqu'il a donné aux accoucheurs tant de brillants succès; MM. Guéniot et Pinard viennent à la rescousse pour accabler le champion des tractions rythmées.

Que conclure de ce long débat? Premièrement, que la discussion n'arrive ordinairement à convaincre personne; ensuite, que les deux procédés ont produit de bons résultats et doivent être conservés l'un à côté de l'autre; que jusqu'à présent il n'existe pas d'indications différentielles

pouvant faire préférer l'un des deux dans le traitement de la mort apparente du nouveau-né; que l'on devra commencer par celui des deux procédés qui vous est le plus familier, pour recourir à l'autre en cas d'insuccès. Espérons qu'un jour les accoucheurs, moins enclins à repousser la nouveauté, pourront formuler les indications qui nous manquent.

IV

(*Séance du 12 mars.*) M. Magitot a étudié les accidents qui surviennent chez les ouvriers qui fabriquent les allumettes avec du phosphore blanc, accidents qu'il réunit sous le nom de *phosphorisme* ; ces accidents varient suivant le degré d'insalubrité des fabriques, suivant le travail de l'ouvrier et suivant ses prédispositions.

Un certain nombre de ces accidents sont communs à tous les ouvriers : « L'état cachectique, la teinte subictérique de la peau, l'odeur alliacée de l'haleine, la présence du phosphore dans l'urine et dans la salive, les signes évidents d'anémie surtout chez les femmes, un degré très marqué dans la mortalité infantile et enfin une déchéance de la nutrition générale reconnaissable à la présence fréquente de l'albumine dans l'urine, à l'abaissement des oxydations azotées et à l'accroissement de la déminéralisation de l'organisme (A. Robin). Cette dernière particularité produit dans le tissu osseux des modifications de constitution chimique, qui impriment un degré inusité de gravité aux accidents qui peuvent l'atteindre.

« Les signes particuliers du phosphorisme dépendant de prédispositions individuelles sont : l'entérite chronique avec diarrhées rebelles, la néphrite, la cystite, la bronchite. la fragilité des os d'où fréquence des fractures et consoli-

dation très lente et souvent difforme de celles-ci, la facilité des ruptures musculaires et enfin la production d'un nécrose spéciale des mâchoires, dite *nécrose phosphorée* ou *mal chimique*, le plus grave assurément des accidents, car il entraîne inévitablement la mutilation ou la mort des malades. »

Ces accidents présentent une grande tenacité, et la nécrose peut débuter longtemps après que l'ouvrier a quitté l'usine. Toute intervention chirurgicale sur le squelette et surtout sur la bouche peut provoquer l'apparition de cette nécrose.

Le traitement du phosphorisme est long et consiste à l'élimination du poison ; on a conseillé le régime lacté, l'oxygène, l'air ozonisé, l'essence de térébenthine. Il y aurait lieu surtout d'interdire l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes.

V

(*Séance du 26 mars.*) M. LAGNEAU fait une communication sur le surpeuplement de l'habitation et son influence morbigène. Ce néologisme fait bien image. Après avoir montré que les quartiers de Paris où il y a en quelque sorte encombrement de population sont plus frappés par la maladie et la mort (arrondissement du Temple avec 764 habitants par hectare, 21 morts par 1.000 habitants ; arrondissement de l'Elysée avec 280 habitants par hectare et 13 morts sur 1.000), il ajoute : « Si l'encombrement humain de l'arrondissement ou du quartier est morbigène, l'encombrement humain de l'habitation est également redoutable. Au dernier recensement, M. Bertillon fit relever d'une part le nombre d'habitants occupant chaque logement, d'autre part le nombre de pièces composant ce lo-

gement. Considérant comme *surpeuplé* tout logement dont le nombre d'habitants se trouve supérieur au double du nombre de pièces, le chef de la statistique municipale de Paris met à même de reconnaître que certains arrondissements, quoique ayant une population spécifique peu élevée, mais possédant un grand nombre de logements surpeuplés, présentent une haute mortalité. Dans l'arrondissement de Ménilmontant, par exemple, qui n'a que 265 habitants par hectare, mais dont, sur 1.000 habitants, 227 sont plus de 2 par pièce de logement, on compte annuellement 31 décès généraux et 5,5 décès phtisiques en particulier, tandis que dans l'arrondissement de l'Elysée, dont la population spécifique de 280 habitants par hectare diffère peu de celle de Ménilmontant, mais dont sur 1.000 habitants 48 seulement sont plus de 2 par pièce de logement, la mortalité générale annuelle n'est que de 13 et la mortalité par phthisie de 1,7. »

VI

(*Séance du* 23 *avril.*) M. Saint-Philippe (de Bordeaux) recommande l'usage de l'antipyrine contre les troubles digestifs des nourrissons, principalement lorsqu'ils s'accompagnent de mouvement fébrile.

Ce médicament convient dans les diarrhées et les vomissements de dentition, ainsi que dans les diarrhées saisonnières.

On administre par cuillerée à café toutes les deux heures, un peu avant la tétée ou le repas, une potion composée d'antipyrine 0 gr. 50, sirop de fleurs d'oranger 50 grammes et eau de tilleul 50 grammes. Chez les enfants âgés de plus d'un an, on peut doubler la dose.

L'antipyrine serait contre-indiquée dans les affections

graves du tube digestif et dans les diarrhées qui s'accompagnent d'hypothermie.

C'est donc un médicament qui n'enrichira pas beaucoup l'arsenal thérapeutique et, nous autres homœopathes, nous sommes assez bien armés contre la diarrhée de l'enfance pour n'avoir pas besoin de recourir à ce nouveau venu, dont le besoin ne se faisait pas sentir.

Dr Marc Jousset.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Injections de sérum de cheval non immunisé. — II. II. Etudes cliniques de la nutrition dans la phthisie pulmonaire chronique. — III. Chorée récidivante et devenue chronique avec transmission par hérédité similaire. — IV. Anatomie pathologique de l'ulcère stomacal.

I

(*Séance du 29 mars.*) M. Sevestre communique à la Société les résultats observés l'année dernière sur quatre petits malades, atteints d'angines pseudo-membraneuses non diphtéritiques, à la suite d'injections de sérum de cheval non immunisé.

Voici le résumé de ces résultats :

1° Au point d'injection, la tuméfaction produite par l'injection ne tarde pas à disparaître ; cependant on a presque toujours observé, à la suite de l'injection, « une légère induration œdémateuse et une rougeur diffuse occupant l'étendue de la paume de la main; cette rougeur, accompagnée d'une légère douleur à la pression et

parfois de prurit, persista soit quelques heures seulement, soit un ou deux jours ». On nota aussi quelquefois une légère tuméfaction d'un ganglion lymphatique.

2° Dans la plupart des cas on a noté une légère réaction fébrile variant de quelques dixièmes à 1 degré 1/2.

3° Deux des malades sur quatre présentèrent des éruptions : l'une, « quatre jours après l'injection, sur la partie antérieure de la poitrine, une éruption qui disparut au bout de trois heures » ; l'autre, « le cinquième jour, une éruption offrant l'apparence des érythèmes infectieux. Cette éruption, qui présentait son maximum d'intensité au niveau des piqûres, s'étendait des fausses côtes jusqu'au pli de l'aine, et se prolongeait en arrière jusque vers la colonne vertébrale et sur la fesse ; elle continua, en pâlissant progressivement, pendant quatre ou cinq jours ».

4° L'action sur l'angine a paru à peu près nulle.

M. Sevestre signale des observations récentes d'un médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes, qui vient de traiter des diphthéries avec du sérum de cheval non immunisé, mais sans donner aucun renseignement précis, remarquant simplement que plusieurs des malades ainsi traités ont présenté le septième jour une éruption ortiée très nette.

M. Sevestre conclut donc que les réactions fébriles et les éruptions pourraient bien être sous la dépendance du sérum seul et ne pas résulter de l'action de l'antitoxine ; que par conséquent, si on parvenait à séparer l'antitoxine du sérum, on pourrait peut-être éviter ces légers accidents.

II

M. Faisans lit une note de M. A. Robin reproduisant les conclusions d'un travail qu'il va faire paraître dans les *Archives de médecine*.

Il a étudié les urines des phthisiques au point de vue des variations des *matériaux solides* et particulièrement des *principes inorganiques*. Nous pouvons tirer de ces conclusions quelques signes pronostiques importants :

La décroissance de la quantité des matériaux solides, éliminés par l'urine, indique une aggravation de l'état du malade, s'il n'y a pas en même temps augmentation du poids du corps.

Une augmentation des matériaux solides urinaires, chez des phthisiques peu avancés, n'ayant ni fièvre, ni diarrhée, ni sueurs notables, indique une suractivité nutritive de bon augure.

III

(*Séance du* 5 *avril.*) — M. CHAUFFARD présente à la Société une femme de 53 ans, atteinte de chorée : les mouvements de la face sont des grimaces de la bouche et du front, une inclinaison légère de la tête sur l'une ou l'autre épaule ; les mains s'inclinent en dedans ou en dehors, passant de la pronation à la supination ou réciproquement, les doigts se fléchissent ou s'étendent, se rapprochent ou s'écartent ; la démarche présente un léger dandinement, une allure un peu hésitante et embarrassée. Ces mouvements choréiques sont plus marqués du côté droit et s'accompagnent de quelques secousses convulsives du diaphragme.

Ajoutons que dans les mouvements volontaires ou commandés, le tremblement s'arrête presque complètement; la malade peut porter un verre à sa bouche sans le renverser ; elle s'habille seule, les mouvements choréiques sont peu étendus.

M. Chauffard pense que ce n'est pas là de la chorée vul-

gaire, de la chorée de Sydenham, le cas se rapproche pour lui de la *chorée de Huntington*; il s'appuie, pour appuyer son opinion, sur la lenteur plus grande des mouvements, l'intégrité des muscles oculaires, l'inhibition motrice possible sous l'influence de la volonté, l'exagération des réflexes tendineux et la démarche se rapprochant plus de la titubation ébrieuse que de l'incoordination gesticulatoire. Il reconnaît que l'état mental habituel de la chorée de Huntington, l'amnésie et la déchéance intellectuelle n'existe pas chez sa malade.

Nous relevons dans l'observation de la malade :

Un *rhumatisme articulaire aigu* généralisé, à 11 ans;

Une *première attaque de chorée* dans la convalescence de ce rhumatisme, guérie au bout de deux mois;

Une *deuxième attaque de chorée* durant deux mois, pendant une grossesse, à l'âge de 21 ans.

Début de cette *troisième attaque de chorée*, à 48 ans, à la nouvelle de la mort de son fils « débutant par la main droite, puis généralisée, et nécessitant un séjour de trois mois à l'hôpital. Elle en sort améliorée, mais non guérie, conservant de l'hémichorée droite. »

La fille a eu aussi un rhumatisme articulaire aigu, à 13 ans, suivi de chorée; elle a eu à 17 ans une seconde chorée, suite de frayeur; à 19 ans une troisième atteinte très légère de chorée pendant une grossesse.

M. Chauffard conclut de ces faits à l'unité des chorées arythmiques : il se base sur ce que cette femme a présenté d'abord la chorée vulgaire, et qu'elle a aujourd'hui la chorée décrite comme variété distincte sous le nom de chorée de Huntington.

M. Gilles de la Tourette conteste cette unité; il soutient que la chorée de Huntington s'accompagne presque

toujours de démence; que l'hystérie peut produire une variété de chorée arythmique et qu'il est difficile de réunir toutes ces variétés en une seule affection.

IV

M. Hayem a eu l'occasion d'observer dans son service un marinier, grand buveur de vin, mort de péritonite suraiguë, consécutive à une perforation de l'estomac. L'étude anatomique de cette ulcération jette un jour nouveau sur la pathogénie de l'ulcère de l'estomac.

« La muqueuse stomacale était rouge, congestionnée, sans être infiltrée de sang; elle offrait presque partout un aspect mamelonné et paraissait tuméfiée. Sur la face antérieure de l'estomac, non loin du cardia, existait une perforation à bords nettement arrondis, cratériforme, mesurant dans son plus grand diamètre, du côté de la surface muqueuse, 5 à 6 millimètres et 2 seulement au niveau de la face péritonéale. » Il existait à côté une autre dépression paraissant « un second ulcère en voie d'évolution. Autour de ces lésions la muqueuse ne paraissait pas plus enflammée que dans le reste de l'estomac, mais elle formait des replis très épais ».

Les coupes pratiquées perpendiculairement à la muqueuse de l'estomac après durcissement, ont permis de « voir que dans la région de la grosse tubérosité, au niveau de l'ulcère et autour de lui, la couche muqueuse présente un épaississement considérable. Sur les bords de l'ulcère perforant elle atteint, après macération de la pièce, 5 à 6 millimètres d'épaisseur ». L'examen à la coupe montre qu'il s'agit d'une infiltration adénomateuse.

M. Hayem conclut dans le cas de son malade, mort rapi-

dement, peu après le début de sa maladie, on a pu constater cette production néoplasique, cet adénome, qui a été le point de départ de l'ulcère; si on avait examiné l'estomac à une période plus éloignée du point de départ, le tissu adénomateux spécial aurait peut-être disparu.

On peut se demander si ce mode pathogénique de formation d'ulcère de l'estomac est le mode habituel, s'il est le mode constant, ou si au contraire ce n'est qu'une exception, qu'une rareté pathologique. L'avenir pourra seul le dire.

D^r Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement interne du lupus érithémateux par le phosphore, par Duncan Bulkley. (*France médicale*, 1^er mars 1895.)

Dans le traitement de cette maladie si rebelle, l'auteur a employé depuis dix ans le phosphore. Il a traité avec succès une cinquantaine de cas. Il donna ses soins, entre autres, à un malade âgé de 34 ans, chez lequel, dans l'espace de six mois, une grande partie de la face fut atteinte de lupus. Ce cas guérit si bien par le traitement phosphoré sans aucune médication locale, qu'au bout de deux mois, il ne restait plus que quelques traces de l'éruption primitive.

Dans un grand nombre de cas l'éruption existait depuis plusieurs années, l'amélioration fut très rapide. On avait recours à la solution phosphorée de Thompson :

Phosphore.	0 cc. 36
Alcool absolu..	120 cc.

Dissoudre à l'aide de la chaleur et agiter.

Mêler cette solution encore chaude avec le mélange suivant chauflé également :

Glycérine..	285 cc.
Alcool	45 —
Essence de menthe.	15 —

Dans la plupart des cas l'on commence par XV gouttes dans de l'eau trois fois par jour après les repas. Il est bon d'ajouter l'eau dès que les gouttes ont été comptées dans un verre vide et de boire aussitôt après, de peur que le phosphore ne s'oxyde à l'air. On peut augmenter de I à II gouttes par jour jusqu'à XXX gouttes trois fois par jour et même plus. On continue le traitement, si celui-ci est bien supporté, jusqu'à ce que les lésions aient tout à fait disparu ou se soient cicatrisées.

Il faudra surveiller l'état de la langue et des voies digestives chez les malades qui prennent la solution phosphorée, car le traitement doit être suspendu à l'apparition des premiers troubles digestifs.

Anorexie hystérique, mort, autopsie. (Lockhardt Stephens. *Annales médicales*, 1er mars 1895.)

Jeune fille de 16 ans, se présente à l'hôpital dans un état d'émaciation extrême. Elle présente un amaigrissement considérable qui respecte seulement la région antérieure de la poitrine. Jusqu'il y a dix mois, la malade n'a rien présenté d'anormal. C'est graduellement, sans motif, qu'elle a commencé à refuser la nourriture. Malgré son

grand amaigrissement elle a continué à s'occuper des soins du ménage, à faire de longues courses sans fatigue apparente. (Ni sucre, ni albumine dans les urines.)

L'auteur pensa qu'il s'agissait d'une anorexie volontaire.

Il proposa, et fit accepter par la famille, l'isolement absolu de la malade. La jeune fille fut mise au repos complet et alimentée. Malheureusement, elle refusa le traitement après peu de jours, et sa mère cédant à ses instances vint la voir. De ce jour elle perdit rapidement les fruits du traitement; elle cessa de s'alimenter et tomba dans le collapsus. Les révulsions énergiques, le gavage n'eurent qu'un résultat momentané. La malade succomba trois jours après le début du collapsus.

L'autopsie n'a rien révélé de particulier.

UN CAS D'ANÉMIE PERNICIEUSE GUÉRIE PAR L'INGESTION DE MOELLE OSSEUSE. (*Semaine médicale*, 27 *février* 1895.)

Ce cas observé par M. le D^r A.-G. Barrs, professeur de thérapeutique et de matière médicale au Yorkshire College de Leeds, est un exemple des excellents effets de la moelle osseuse dans les cas d'anémie.

Un homme de 43 ans, mineur de profession est atteint d'anémie pernicieuse. Le malade, qui était arrivé au dernier degré d'épuisement, avait été traité par l'arsenic à haute dose, qui avait provoqué une paralysie des quatre membres.

On lui fit ingérer de la moelle osseuse de bœuf à la dose de 90 grammes par jour. Et bientôt l'on put constater une amélioration manifeste allant toujours en augmentant. Au bout de cinq mois de traitement ininterrompu,

le malade était guéri. Les phénomènes paralytiques d'intoxication anormale persistaient encore dans les membres inférieurs seulement.

Préparation de la moelle osseuse. — Dans un mortier préalablement passé à l'eau bouillante, on mélange 20 grammes de gélatine ramollie par l'addition d'une quantité suffisante d'eau, avec 30 grammes de glycérine. Dans un autre mortier, également chauffé, on triture 90 grammes de moelle osseuse de bœuf (que l'on a soin de choisir aussi rouge que possible) avec 30 grammes de vin de Porto; puis on réunit les deux mélanges, et on obtient ainsi, après refroidissement, une pâte dont le goût n'est pas désagréable, et dont l'usage ne contrarie généralement pas l'appétit.

De l'usage local des préparations iodo-bromurées dans le traitement de l'acné. (*Semaine médicale*, 3 *février* 1895.)

L'action favorable exercée sur l'acné par l'emploi à l'intérieur de l'eau de Kreuznach, qui contient de l'iode et du brome, a suggéré à M. le D[r] Bardach (de Kreuznach), l'idée de traiter les éruptions acnéiques par des applications d'un savon additionné de 1,3 0/0 d'iodure de sodium, et de la même quantité ou d'une quantité double de bromure de sodium. Le malade se frotte énergiquement matin et soir avec ce savon, puis se lave avec de l'eau tiède et s'essuie avec un linge fin et mou. Les résultats seraient excellents et rapides.

Sur un signe constant de la méningite au début, par M. J. Simon. (*Gazette des hôpitaux*, 28 *février* 1895.)

Ce symptôme, dont parle M. Simon, consiste dans la

désharmonie, la *dissociation des mouvements du diaphragme de la cage thoracique;* il apparaît dès les premiers jours de la méningite, et peut servir à la révéler, même dans les cas les plus frustes et les plus insidieux.

En premier lieu, dans la première période de la méningite, on arrivera à constater *l'irrégularité du rythme*. Il faudra compter avec soin les mouvements thoraciques pour bien observer ce signe. L'on remarquera ensuite l'inégalité de *l'amplitude* du développement du thorax.

D'autres signes sont encore à remarquer.

1° *L'irrégularité du type respiratoire.* — Chez l'enfant méningitique, dès le début, la respiration s'effectue surtout par la partie inférieure. La partie supérieure semble comme bridée, enserrée, et ne se soulève que par intervalles.

2° *La dissociation des mouvements thoraciques et diaphragmatiques.* — En regardant la région ombilicale, l'on remarque qu'au lieu de l'élévation de l'ombilic, à chaque amplitude inspiratoire, il y a immobilité ou dépression du nombril.

Dans le premier cas, le diaphragme est contracté, fixe, ne s'abaisse pas, ne soulève pas la paroi abdominale.

Dans le second cas, il est passif, s'excave, et se laisse comme aspirer par le vide dû au soulèvement des côtes.

Enfin, de temps en temps, des contractions du diaphragme entièrement indépendantes du jeu de la cage thoracique, produisent des secousses, des soubresauts dans la région stomacale.

A la seconde période, l'on trouvera la respiration inégale avec de longues suspensions, de larges respirations suivies de mouvements thoraciques de plus en plus restreints. Il y aura en même temps abaissement anormal de

la température associée à l'irrégularité, et surtout le ralentissement du pouls.

A la troisième période, l'on remarquera l'accélération du pouls, l'élévation de la température (40°), la rapidité des mouvements thoraciques qui se produisent par la partie supérieure en soulevant la cage thoracique.

Goitre suffocant, dyspnée paroxystique, mort apparente, guérison des accidents par les tractions de la langue. *(Tribune médicale, avril* 1895.)

M. Camus, médecin-major de 1re classe, présente l'observation suivante :

Le 11 décembre 1894, à 8 h. 15 min. du soir, il fut appelé en toute hâte auprès d'un canonnier qui, au dire de l'infirmier, était déjà *raide.*

M. Camus trouva le malade couché et maintenu dans cette position par 4 hommes. Il se débat en agitant violemment les bras et les jambes, et en soulevant le tronc comme s'il obéissait à une décharge électrique. Il a la face rouge, congestionnée, vultueuse, les dents serrées, les masséters contracturés, un peu de salive spumeuse entre les lèvres. Les paupières sont fermées ; en les écartant l'on constate une dilatation considérable et une insensibilité complète des pupilles à la lumière.

Les membres sont raidis, comme tétanisés, les doigts sont fléchis, comme contracturés.

Le malade est insensible aux piqûres d'épingle, au pincement, à l'application du froid, aux inhalations d'éther et d'ammoniaque.

Il est tombé peu à peu dans cet état qui, au dire de ses camarades, aurait débuté une heure auparavant par un mutisme subit et la perte de la connaissance.

L'on pratique la respiration artificielle qui ne produit pas un effet assez rapide. Le pouls est intermittent par séries de 15 à 20 pulsations. Les muscles inspirateurs s'arrêtent parfois brusquement dans leur jeu. Il y a une pause, un silence prolongé, pendant lequel la respiration est suspendue. Pas le moindre retour de la connaissance, le malade ne semble plus vivre.

L'on écarte de force les mâchoires, et les séparant à l'aide d'un bouchon, l'on a recours aux tractions rythmées de la langue. Les tractions sont lentes, répétées régulièrement toutes les dix secondes, suivant le procédé de Laborde. Au bout de cinq de ces tractions, la respiration se rétablit large, profonde, avec cornage, la poitrine se soulevant et se dilatant en masse pour aspirer l'air.

Les tractions furent continuées et le malade revint à lui.

Le malade aurait déjà présenté des symptômes analogues mais moins violents, une dizaine de jours auparavant. Il ne s'en serait pas plaint au cours du traitement qu'il suivait pour un goitre moyen. Cette maladie, constatée lors de son arrivée au corps, le faisait exempter de service depuis le commencement de son traitement.

UN CAS DE GANGRÈNE PHÉNIQUÉE, par M. LAUNAY. (*Annales de médecine*, 1er mars 1895.)

M. Ach..., âgé de 50 ans, entre dans le service de M. Reclus le 27 janvier 1895. Etant soldat, en 1871, il a eu une gelure du pied droit. Jusqu'en 1894 rien de nouveau ne se produisit. Au mois de mars de cette année, le pied droit, après un refroidissement, présenta dans sa partie antérieure, les mêmes phénomènes qu'en 1871. Le malade resta trois mois à l'hôpital et sortit guéri.

En décembre 1894 nouvelle exposition au froid, les

orteils redeviennent violacés et douloureux. Vers le 15 janvier le malade consulte son médecin.

L'on prescrit des bains de pied phéniqués. L'on mettait 30 grammes d'acide phénique dans un litre d'eau et l'on prenait par jour trois bains de trois quarts d'heure chacun. Entre les bains, le malade maintenait autour du quatrième orteil, le plus atteint, des compresses imbibées de la même solution.

Au bout de trois ou quatre jours de ce traitement, le quatrième orteil commença à devenir noir et à se dessécher par son extrémité. Pendant douze jours M. Ach... continue le même traitement sans consulter son médecin, et la gangrène envahit peu à peu tout l'orteil.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente une gangrène s'étendant à toute la partie du pied entouré par les compresses. Il a donc une gangrène déterminée par l'enveloppement de l'orteil au moyen de compresses imbibées d'une solution phéniquée à 3 0/0, c'est-à-dire faible.

ARISTOLOCHIA INDICA CONTRE LES MORSURES DE SERPENTS
(*Revue homœopathique belge.*)

Les différentes espèces d'aristoloche ont été employées comme remèdes populaires contre les morsures de serpents ; nous reproduisons l'observation suivante qui est à l'appui de cette action quoi qu'elle ait été indiquée d'une façon peu médicale.

L'aristolochia indica L., dont M. Sada a écrit la monographie dans sa *Flore médicale*, vient d'être expérimentée par l'auteur lui-même sur son fils, dans les circonstances suivantes :

Le 2 novembre dernier, vers 6 heures 1|2 du soir, l'enfant se promenait dans la propriété de son père quand,

soudain, il fut piqué au creux du pied par la vipère noire de l'Inde. On sait que, jusqu'ici, nul remède n'a pu arracher à une mort terrible, qui survient en quelques minutes, l'infortuné que ce serpent, l'un des plus redoutables de l'Inde, a choisi comme victime. M. Sada, cependant, n'hésita pas et ne perdit pas une seconde. Il administra à son enfant l'*aristoloche* qu'il a toujours sous la main, confiant dans la vertu prodigieuse de ce remède.

L'enfant n'eut que le temps d'absorber le remède. Deux minutes après avoir été mordu, il perdait complètement connaissance. Il demeura trois jours entiers privé de celle-ci, rejetant le sang par tous les organes extérieurs et par la bouche ; le sang qui s'écoulait par ce dernier organe était de couleur noire.

Enfin, le quatrième jour, le venin commençait à *descendre*. Rien de plus exact que ce dernier mot, car celui qui a été piqué sent l'action du venin s'amoindrir et éprouve l'impression d'une descente du poison dans ses veines, jusqu'à ce que celui-ci atteigne le point blessé par la dent de l'animal venimeux et abandonne ensuite le corps de la victime.

Après un mois de convalescence, le jeune Sada recouvrait entièrement la santé.

Cette guérison radicale et merveilleuse confirme la manière de voir de M. Sada touchant l'*aristolochia indica* et permet de fonder sur cette plante les plus grandes espérances.

Malheureusement la dose n'est pas indiquée.

Empoisonnement par le laudanum, mort apparente, guérison par les tractions rythmées. (*Tribune médicale.*)

Le vendredi 26 avril dernier, vers minuit, le Dr Paul

Boncour était appelé place de la Concorde, auprès d'un enfant âgé de 3 jours, auquel on venait de donner par mégarde du laudanum de Sydenham au lieu de sirop de chicorée. D'après le récit des parents affolés, j'estime que l'enfant avait dû en avaler X à XV gouttes.

Malgré un bain sinapisé, l'enfant ne criait pas et faisait très peu de mouvements; il était très pâle, les pupilles très contractées, le cœur battant avec une fréquence extraordinaire. Une cuillerée à café de sirop d'ipéca ne donna aucun résultat. Un lavement de café noir fut donné, et des sinapismes furent appliqués sur la poitrine et aux cuisses.

Malgré tous ces moyens, l'enfant se refroidissait, le cœur se ralentissait de plus en plus et la respiration devenait rare ; la mort arrivait à grands pas.

Voyant l'enfant absolument inerte, cyanosé, froid, le découragement me prenait, on pratiqua les *tractions rythmées de la langue*.

La langue tenue entre le pouce et l'index, à l'aide d'un mouchoir, était absolument flasque. Après dix tractions la langue résistait, la respiration reprenait et la teinte cyanique des téguments disparaissait, l'enfant était sauvé, momentanément du moins.

Nouveau lavement de café, injection d'un centigramme de caféine.

Le lendemain matin à 8 heures, l'enfant était vivant; il avait eu pendant le cours de la nuit une série de convulsions et avait à ce moment un tremblement continuel de la mâchoire inférieure.

Mais le mieux continua, et, le lendemain, tout danger avait disparu.

D^r Silva.

VARIÉTÉS

140e ANNIVERSAIRE DE LA NAISSANCE DE HAHNEMANN.

Les médecins homœopathes de Paris se sont réunis en banquet au restaurant Marguery, le 17 avril dernier. Les toasts suivants ont été prononcés :

Dr TESSIER, président:

Messieurs,

Chaque année l'anniversaire de la naissance d'Hahnemann nous trouve réunis pour célébrer cette date mémorable. N'y a-t-il pas là un fait qui devrait donner à réfléchir à ceux qui, jusqu'à présent, se sont montrés injustes à l'égard de cette grande figure médicale. Hahnemann est mort depuis plus d'un demi-siècle, et pourtant dans l'univers entier, chez les peuples les plus avancés en civilisation, comme chez ceux où elle est encore à l'état le plus rudimentaire, ses disciples sont fidèles à son œuvre, l'homœopathie est pratiquée avec succès, et recrute sans cesse de fervents prosélytes.

Sans doute, ce n'est plus l'enthousiasme idolâtre et peut-être trop intransigeant, des premières générations; mais c'est une admiration raisonnée et qui, pour n'être plus exclusive, n'en est que plus forte et plus à l'abri des critiques. Le temps a marché, les découvertes scientifiques se sont multipliées, les véritables progrès ont poussé

de solides racines. Laissant aux erreurs leur vogue éphémère, l'homœopathie a salué et accueilli avec sympathie et respect les vérités nouvelles qui augmentaient le patrimoine médical. Elle est, en effet, « affirmative, nullement négative », comme le dit si justement notre illustre confrère, Richard Hughes, « elle ne défend rien, pas même la saignée ni les vésicatoires, elle les met simplement de côté, en guérissant sans leur aide ».

Par contre, elle a vu avec bonheur les travaux de Pasteur et de son école, venir confirmer la vérité de la loi *similia similibus curantur*, et son corrollaire, l'*atténuation des doses*. Elle a vu, d'autre part, avec la même satisfaction, l'expérimentation des médicaments sur l'homme sain et les animaux, devenir la base des connaissances thérapeutiques. C'est Hahnemann qui le premier proclama cette méthode indispensable à l'étude des substances, la *matiere médicale pure*, c'est-à-dire délivrée de toutes les hypothèses et de toutes les théories au moyen desquelles on cherchait à expliquer l'action des remèdes. Aujourd'hui cette pratique est devenue tellement banale, qu'on ne semble pas se douter qu'il a fallu qu'un homme, à la fin du siècle dernier, en proclamât la nécessité, sous peine pour les médecins, de prescrire leurs médicaments sans autre règle et sans autre guide que l'empirisme, le tâtonnement et l'ignorance.

Tout esprit droit et honnête reconnaîtra donc que, de gré ou de force, Hahnemann s'est imposé à la médecine moderne, et que toutes les découvertes contemporaines, tous les travaux de notre époque, semblent fécondés de son souffle, émanés du rayonnement de son génie.

Nous savons bien, il est vrai, que son nom n'est jamais prononcé, que ses disciples sont toujours tenus à l'écart

des écoles officielles ; mais, qu'importe ! Il leur reste la satisfaction de voir leurs principes guider, de plus en plus, tous ceux qui travaillent et progressent. Ils ont aussi l'honneur de pouvoir proclamer bien haut qu'après un siècle écoulé, 12.000 médecins, de par le monde entier, proclament Hahnemann leur guide et leur maître, témoignage qui n'avait jamais été rendu en médecine, depuis les temps historiques d'Hippocrate et de Galien.

Levons donc nos verres à la mémoire perpétuée dans les âges, de SAMUEL HAHNEMANN.

Le Dr P. JOUSSET :

En avant !

En voyant ces jeunes médecins qui nous entourent et qui font l'espoir de l'avenir, je ne puis avoir qu'une pensée : le progrès, c'est pourquoi je vous propose pour toast : en avant !

Messieurs,

Toute science qui ne va pas en avant, recule, et toute école qui prétend s'immobiliser, meurt. C'est la loi.

Qui conteste le génie d'Hippocrate et de Galien et qui cependant voudrait être aujourd'hui hippocratiste ou galéniste pur ?

Permettez-moi de vous le dire : Nous pouvons et nous devons, en thérapeutique, parler de Hahnemann. Mais nous ne devons pas y rester.

Ne sentez-vous pas qu'après avoir été les prisonniers de la thérapeutique nous risquons de devenir des arriérés !

Ne voyez-vous pas qu'autour de nous on utilise nos méthodes ; qu'on s'inspire de nos doctrines et qu'on

marche à la conquête d'une thérapeutique nouvelle : les vaccins et la sérumthérapie !

Or les vaccins comme la sérumthérapie ne sont, tant par les doses que par la loi de similitude, que des dépendances de l'homœopathie. Ce sont des épanouissements de la merveilleuse réforme de Hahnemann.

Reprenons donc notre place à la tête du mouvement thérapeutique. Etudions, expérimentons et employons les toxines d'après la loi de similitude.

Ne négligeons pas non plus cette thérapeutique si étrangement nouvelle qui, s'appuyant sur la physiologie, restitue à l'organisme les substances qui lui manquent et dont l'absence détermine certaines maladies, la glande thyroïde aux malades atteints de myxœdème, le pancréas aux diabétiques, la substance rénale dans certains cas d'urémie.

Mais proclamons bien haut qu'en allant en avant, nous ne voulons abandonner aucune des glorieuses conquêtes de Hahnemann. Abandonner la matière médicale expérimentale, la loi de similitude et les doses infinitésimales ce ne serait pas aller en avant, mais en arrière.

Donc jeunes gens, levez votre verre et dites comme nous : En avant !

M. Marc Jousset :

Messieurs,

Notre président nous proposait tout à l'heure de boire à la mémoire de notre maître Hahnemann, je ne vous demande pas de remonter si loin en arrière. Je viens vous proposer d'honorer la mémoire de ceux qui nous ont quitté depuis l'année dernière à cette époque.

La mort nous a été particulièrement cruelle cette année et trois de nos confrères homœopathes français sont morts.

Le Dr Malapert du Peux, de Lille, nous a quitté le premier, il laisse pour le remplacer son fils que vous connaissez tous et qui tiendra dans le Nord le drapeau de l'homœopathie.

Deux de nos confrères parisiens sont morts à quelques mois l'un de l'autre, les Drs Léon Simon et Cretin ; tous les deux avaient montré un grand zèle pour la défense de nos doctrines ; tous les deux avaient contribué par leur parole, par leurs écrits, par leurs actes, à la diffusion de l'homœopathie. Tous les deux se sont dévoués aussi à nos deux hôpitaux homœopathes de Paris. On peut dire que c'est au Dr Cretin, à son insistance auprès de ses clients, au mal qu'il s'est donné pour trouver l'argent nécessaire, que l'hôpital Saint-Jacques a pu se transporter de la petite maison qu'il occupait rue Saint-Jacques, dans les bâtiments neufs, bien aménagés de la rue des Volontaires, de même, c'est au Dr Léon Simon que l'hôpital Hahnemann doit sa nouvelle installation, au parc de Neuilly. Le Dr Cretin et le Dr Léon Simon doivent rester dans notre mémoire et nous devons faire en sorte d'imiter leur zèle et leurs efforts.

Je bois à la mémoire de nos morts.

Dr Léon Simon :

Messieurs,

La Grèce antique avait élevé un autel au dieu inconnu ; je vous propose aujourd'hui un toast à l'*homœopathe inconnu.*

J'appelle ainsi celui qui, sans le savoir ou sans le vouloir et surtout sans le dire, professe tout ou partie de nos principes et met notre méthode en pratique. Cette catégorie de confrères est très nombreuse. En effet, s'il est encore de bon ton de dire que les homœopathes ne sont bons à rien parce qu'ils n'ont découvert ni microbes ni antiseptiques et qu'ils n'ont pas chambardé (passez-moi l'expression) le moindre coin de la physiologie ou de la pathologie, je sais une dame à laquelle un professeur de la Faculté a dit : L'homœopathie, mais nous en faisons nous-mêmes quand nous le jugeons convenable, seulement elle est bonne dans bien peu de cas. L'homœopathe inconnu, c'est Pasteur, qui nous appartient par l'isopathie ; c'est Roux, qui nous appartient par les doses infinitésimales, car il guérit des diphtéries avec deux injections de quelques centimètres cubes d'antitoxine, dont il est impossible d'isoler chimiquement le principe actif ; c'est Burggraeve, qui n'a rien d'original, mais qui a plagié Hahnemann jusque dans les titres de ses ouvrages ; c'est tout le monde, qui a adopté la doctrine des maladies chroniques, car la psore, un peu démodée même parmi nous, est accueillie à bras ouverts depuis qu'elle s'appelle arthritis. L'homœopathie s'est donc infiltrée peu à peu dans la masse du corps médical, et ce mouvement remonte à Hahnemann lui-même, qui a écrit dans le journal d'Hufeland et d'autres des articles anonymes ou pseudonymes afin de forcer le lecteur à accepter un enseignement qu'il aurait repoussé s'il en avait connu le véritable auteur. Ce mouvement a été continué par nos devanciers et par nous-mêmes, qui avons guéri des parents plus ou moins proches d'allopathes endurcis ; par des fils d'homœopathes qui, étant étudiants, ont donné à leurs condisciples préfé-

rés les œuvres de leurs pères. Tout cela explique un fait qui m'a beaucoup surpris lorsque le regretté Daudel l'a signalé, c'est que dans les ventes de bibliothèques médicales, après décès de leurs propriétaires, on trouve souvent des livres homœopathiques qui ont été feuilletés. Cette infiltration, chaque jour plus profonde, ne sert peut-être pas autant que nous le voudrions nos intérêts personnels, mais elle sert grandement le bien des malades, et à ce titre je suis heureux de le constater et de la célébrer avec vous le verre à la main.

Dr Clervoy :

Messieurs,

Je prends la parole au nom des jeunes médecins homœopathes pour remercier le directeur de l'hôpital Saint-Jacques. Je suis reconnaissant à M. le Dr Jousset et à tous les maîtres de l'homœopathie pour la bienveillante hospitalité qu'ils m'ont offerte dans leurs murs ainsi qu'à mes jeunes confrères. Ils peuvent compter sur notre concours dévoué chaque fois que la grande cause hahnemannienne le réclamera.

Si les allopathes ont fait un pas dans la thérapeutique avec leurs sérums, c'est grâce à l'emploi de la doctrine homœopathique : *similia similibus curantur*. Mais la question des doses et des indications précises de ces injections de toxines est loin d'être résolue. Et, s'il y a beaucoup de succès, on est obligé de reconnaître qu'ils ont échoué dans un grand nombre de cas et que de grands inconvénients en ont souvent résulté. Nous avons peut-être une solution parallèle et meilleure dans la thérapeutique telle

que la comprend Hahnemann ; c'est sans jamais nous écarter de la voie qui nous est tracée que nous devrons chercher. Il ne faut donc pas nous borner à avoir des formules ou des traitements à la mode, comme le font les allopathes avec toutes leurs spécialités ; il faut étudier les plantes nouvelles, leurs alcaloïdes, et parfaire l'étude tant physiologique que thérapeutique de ce que nous possédons spécialement et connaissons déjà.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE HOMŒOPATHIQUE

Le Dr P. Jousset commencera ce cours vers le 25 avril ; il aura lieu trois fois par semaine et sera complet en 25 leçons environ. Les médecins ou les étudiants, qui voudraient le suivre, sont priés de se faire inscrire aux bureaux du journal. Ils recevront l'indication exacte des heures et des jours, qui ne sont pas fixés encore définitivement.

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone

L'ART MÉDICAL

JUIN 1895

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

DOUZIÈME LEÇON

Métrorrhagie. Thlaspi, teinture et tisane. — Migraine : forme commune, nux vomica, calcarea, sanguinaria; forme rétinienne, iris versicolor et belladone. Traitement de l'accès, belladone et caféine.— *Artério-sclérose.* Strophantus, matière médicale, analogie avec digitale et caféine. Poison du cœur, médicament de l'asystolie. — Loi de similitude. — Aviaire et sulfate de quinine dans la *fièvre hectique* des phtisiques.

Deux mots sur nos malades atteints de sciatique. L'un a une sciatique chronique. L'iodure de potassium à la 30e et à la 12e dilution est arrivé à le guérir. Je vous recommande ce médicament, mais dans la sciatique chronique seulement. Quand à notre infirmier il a eu une sciatique aiguë très rapidement améliorée par nux vomica à dose forte (1re trituration déc., 0,25). Il avait les douleurs fulgurantes caractéristiques de la noix vomique.

Nous avons maintenant à parler d'une métrorrhagie dont je vous entretiendrai dimanche prochain, parce que ce n'est pas encore fini.

Voici son observation :

Mlle Marie N..., âgée de 35 ans, couchée au lit n° 9 de la grande salle des femmes, est entrée le 18 février 1895, d'une famille fort bien portante, la malade n'a eu jamais de graves maladies. Elle a été formée à 15 ans moins

six mois et a vu, sauf la première année de sa formation, très régulièrement. Parfois elle a un peu de leucorrhée.

A l'âge de 20 ans, elle a eu un enfant. Ses couches ont été heureuses.

Le 3 février dernier, moment de ses menstrues, elle a perdu très peu, moins que d'habitude, et pendant quinze jours. Ordinairement les menstrues durent six à sept jours et ne sont pas fortes.

Aussitôt après, elle a été atteinte de grippe. La maladie n'a duré que huit jours.

C'est après cette grippe que les pertes ont apparu en grande quantité. Elle perd plutôt la nuit.

On a donné le premier jour sabina et depuis elle prend thlaspi T. M. XX gouttes. La malade perd moins depuis un jour.

Donc notre malade a la grippe et à la suite de cette maladie survient une perte abondante avec hémorrhagies surtout nocturnes, sans douleur.

Dans ce cas, secale cornutum était indiqué. Par sa pathogénie et les données cliniques, il convient aux pertes nocturnes, sans coliques.

Quand il y a de grosses douleurs, c'est la sabine qu'il faut employer.

Comme expérimentation, j'ai prescrit le thlaspi, médicament encore un peu empirique.

Voici les renseignements que fournit Cazin à son sujet : thlaspi ou bursa pastoris est une plante très commune, dans les champs et sur les chemins. Ses fleurs sont blanches ; sa graine ressemble à une bourse de pasteur. Elle appartient à la famille des crucifères. Traditionnellement on sait qu'elle est antihémorrhagique et sur-

tout antimétrorrhagique. Elle a été employée pour ramener les règles supprimées et les renforcer quand elles sont faibles.

Dans les métrorrhagies du cancer utérin, le Dr Tessier et moi l'avons essayée avec un succès incontestable, de même que pour les fibromes et les ménorrhagies très violentes survenues chez des jeunes femmes, sans qu'il y ait de lésion.

Depuis quelque temps le succès est moindre, peut être parce que nous l'employons en teinture-mère.

En ville, chez une femme épuisée par des hémorrhagies dues à un fibrome, pour lesquelles l'ergotine, la sabine et l'hydrastis avaient échoué, je l'ai donné en tisane, et il a suffi pour arrêter les pertes.

Ici, nous l'avons administré ainsi. La sœur dit que la malade perd autant. La femme se trouve mieux.

Nous continuons le traitement.

Au n° 2 de la petite salle est couchée une femme atteinte de migraines fréquentes. Avec nux vomica (30) elle va beaucoup mieux.

Je crois qu'il est utile de vous donner les traitements de la migraine qui est une affection commune, rebelle, diathésique, héréditaire, guérissant spontanément à un certain âge (vers l'époque de la ménopause).

Dans l'âge de la force, c'est une maladie horrible. Chez la femme, elle apparaît souvent à l'époque des règles.

Les allopathes ont renoncé à guérir la maladie elle-même. Ils guérissent l'accès par l'antipyrine, à condition toutefois que les accès ne soient pas trop rapprochés, sans quoi le remède s'use.

Passons en revue les meilleurs médicaments usités en homœopathie.

Dans la migraine on distingue :

La forme commune avec douleur atroce et vomissements. Elle cesse ordinairement après le sommeil de la nuit.

Et une forme bizarre, rétinienne, avec diplopie, phosphènes. La crise survient une demi-heure après ces divers phénomènes. Elle peut s'accompagner de paralysie de la langue et même d'hémiplégie.

Cet état est effrayant quand on ne le connaît pas bien.

Pour la forme commune, nous avons 3 médicaments (je pourrais en citer 25) : nux vomica, sanguinaria et calcarea carbonica.

Nux vomica produit une douleur s'étendant de l'occiput au front, unilatérale, parfois limitée à un point comme un clou.

Cette douleur atroce peut se propager à la base du nez ; les filets du trifacial sont souvent atteints. Il y a une sensation de froid au corps, avec chaleur de tête et nausées.

Les douleurs sont aggravées par le mouvement et le travail intellectuel.

Quand la douleur débute le matin (c'est-à-dire après minuit) nux vomica est indiqué d'une façon capitale.

Nous conseillons de très hautes dilutions. J'ai des faits d'expérience personnelle très nombreux.

Je prescris : eau 125 grammes, nux vomica (30^{e}) 4 globules. Cette potion dure quatre jours. Je la fais prendre surtout le soir : une cuiller avant le dîner, une autre vers 10 heures. Il faut l'administrer au moment où l'accès n'est pas présent.

Quand la migraine revient deux ou trois fois par mois,

j'institue le traitement pendant quatre jours, et après quatre jours de repos je recommence.

Les accès s'éloignent, diminuent et cessent.

Calcarea carbonica ressemble un peu à nux vomica. Il réussit moins souvent. Sa pathogénésie est moins connue. Douleur unilatérale avec froid glacial dans la tête. Pas de vomissements, mais des nausées et des éructations.

La migraine commence aussi le matin. Elle est exaspérée par la marche et la tension d'esprit. Elle éclate, dit-on, du côté où le malade est couché.

Même mode d'administration que pour nux vomica.

Sanguinaria canadensis a une très grande renommée. C'est un remède précieux. Voici sa pathogénésie : hémicrânie par paroxysme de l'occiput au front, surtout du côté droit. Douleur aggravée par le bruit et la lumière, accompagnée de bouffées de chaleur, de vomissements et de vertiges.

Sanguinaria canadensis réussit surtout chez la femme dont les règles sont abondantes, mieux que chez l'homme. Chez les femmes présentant des accès à l'époque menstruelle, cliniquement on se trouve bien en alternant nux vomica et sanguinaria, cette dernière (12) quatre jours avant les règles, 2 fois par jour, et nux vomica (12) après les règles.

Le traitement de la migraine rétinienne comprend 2 médicaments : belladone et iris versicolor.

L'iris versicolor, plante très commune, a été étudié surtout en Amérique. A dose pondérable, il produit de la diarrhée et des vomissements, des symptômes cholériformes. Employé à la 30^{e} dilution, il guérit la constipation. Il détermine de l'hémicranie avec vomissements bilieux très abondants. Il est héroïque quand la migraine

est précédée de la vision d'un point noir dans l'œil du côté où la douleur va commencer.

Nous retrouverons belladone à propos du traitement de l'*accès*.

Traitement de l'accès : belladone et caféine.

Parmi les symptômes de belladone, on constate : céphalée atroce, douleur de dedans en dehors comme si la tête éclatait, élancements et *pulsations*.

Les douleurs pulsatives s'accompagnent souvent d'un mouvement rythmé de la tête. La douleur de belladone s'accompagne souvent de nausées et de vomissements. Elle est précédée et accompagnée d'amblyopie, de diplopie et de cécité.

Dans ces cas, la belladone s'administre à la 6e et la 12e dilution.

La *caféine* s'administre à dose plus forte. C'est le médicament des douleurs violentes, intolérables, qui portent au désespoir. Donnez-la au début de l'accès, à doses rapprochées. S'il n'y a pas de résultat en deux heures, arrêtez-vous. J'ordonne 1 gramme de la 1re trituration décimale, en 4 paquets ; à prendre chaque paquet dans 3 cuillerées d'eau, une cuillerée tous les quarts d'heure.

Voilà en résumé la conduite que je vous conseille de tenir dans cette maladie qui fait le supplice du malade et le tourment du médecin.

Nous avons une vieille malade de 75 ans, entrée le 18 février 1895, petite salle n° 5. Elle a de l'artério-sclérose, de l'aortite, mais pas de souffle. Ses urines ont jadis contenu de l'albumine, et n'en renferment pas maintenant.

Elle est d'une famille d'artério-scléreux. Son père est mort à 49 ans d'une maladie de cœur.

Plusieurs de ses enfants sont atteints de lésions cardiaques.

Essoufflée surtout depuis quatre ans et en hiver, elle nous est arrivée avec une arythmie complète, et un pouls très irrégulier, sans lésions valvulaires.

Eu égard à tous ces symptômes, nous avons prescrit le strophantus.

Le strophantus est un médicament nouveau étudié par un docteur russe et par Fraser. Il est de la famille des apocynées. C'est une liane des forêts de l'Afrique intertropicale, très vigoureuse, qui produit un fruit de 50 centimètres de longueur. On en distingue 3 variétés : l'hispidus, le kombé et le glabre. Ce dernier est plus riche en principe actif.

On y trouve un glycoside : la strophantine, comme dans la digitale, l'hellébore, le genêt, la vinca major, le maïalis, etc. Le strophantus à haute dose est un poison du cœur analogue à la digitale, à la caféine et à la quinine.

Strophantus à haute dose abaisse la tension artérielle, diminue la force et l'impulsion cardiaque. Les animaux en expérience meurent par paralysie du cœur, en diastole.

Il sert à empoisonner les flèches des nègres et il sert aussi comme *poison d'épreuve*.

La mort arrive par lipothymie, affaiblissement général et syncope.

A dose médicinale, augmente-t-il la pression artérielle ou la diminue-t-il ? Germain Sée dit oui ; Fraser dit non. Piedvache l'a expérimenté à la dose de XV gouttes T. M. sur des malades ayant le cœur très sain. Et il a obtenu des signes très positifs de l'augmentation de la pression artérielle, avec diminution considérable de l'urine.

Quand on donne le strophantus dans l'asystolie, on augmente la pression, on régularise le pouls. La dyspnée disparaît. Il se fait une diurèse de 3 à 4 litres.

Donc le strophantus qui tue le cœur, dans l'état sain, guérit sa paralysie chez le malade.

Les urines du strophantus ne sont jamais aussi pâles que celles obtenues par la digitaline. Il est indiqué dans les affections valvulaires, avec grande irrégularité du pouls, dans les cas anciens, avec dégénérescence du myocarde.

On le donne quand la digitale n'a pas réussi. Il est donc encore un peu empirique.

En somme, de l'avis de tous les physiologistes, le strophantus et tous les médicaments similaires sont reconnus comme poisons du cœur, paralysant la fibre cardiaque. La mort survient en diastole. Il y a diminution de la force du cœur. En clinique, ils sont infaillibles dans l'asystolie : ils la détruisent, au moins pour un temps.

C'est encore une démonstration lumineuse de la loi de similitude.

Un mot seulement sur la fièvre hectique des phtisiques, fièvre très rebelle.

J'ai soigné en ville un malade qui a une phtisie bénigne, à reprises, avec de la fièvre hectique au moment de ses rechutes.

Je lui ai donné la 6ᵉ dilution d'aviaire, en même temps qu'il prenait le sulfate de quinine, à la dose de 1 gramme par jour. La fièvre a cessé.

Cette année, à la suite d'une nouvelle poussée, j'ai essayé le même traitement pendant cinq jours.

Depuis vingt-cinq jours, il n'a plus la fièvre.

A l'hôpital, j'ai été moins heureux. L'essai pratiqué sur deux malades bacillaires, avec fièvre vespérale, n'a donné aucun résultat.

Mon malade de la ville n'était-il pas simplement atteint d'influenza simulant la phtisie.

TREIZIÈME LEÇON

Métrorrhagie : Matière médicale : secale cornutum et sabina. — *Phtisie.* — Observation, lymphe de Koch. Injection de pus tuberculeux au milliouième, mouvement fébrile passager et grande amélioration. Même injection chez un autre malade, éruption polymorphe, pas d'amélioration. — *Grippe* : Observation. Coralium. Encore indication du sulfate de quinine. Exemple d'un traitement allopathique dans la grippe. — *Laryngite chronique* : Observation. Spongia, hepar sulfuris, moschus. Matière médicale. — *Lupus* : Hydrastis canadensis. Observation. — *Ulcère variqueux* : Clematis vitalba. Matière médicale. — *Dysenterie* : Observation, traitement allopathique. Corrosivus. Guérison. Conclusion.

Je vous avais promis de vous donner des nouvelles d'une malade dont je vous ai d'ailleurs déjà parlé dans la dernière conférence et qui avait été soumise, à cause d'une métrorrhagie abondante, à thlaspi. D'abord donné en teinture, ce médicament fut administré en tisane avec une décoction de la plante. Car je voudrais savoir si la teinture n'agissant pas, la décoction agirait. Mais ici, elle fut donnée sans succès comme, d'ailleurs, le seigle ergoté. Il fallut en venir à la sabine pour obtenir la guérison. A l'occasion de cette métrorrhagie, j'aurai donc à vous parler du seigle ergoté et de la sabine.

Le seigle ergoté, secale cornutum, est le mycélium du

claviceps purpurea, champignon de la famille des pyrénomicètes, qui se développe dans les années pluvieuses sur les ovaires du seigle. L'expérience sur les animaux a démontré son action sur les capillaires qui se rétrécissent par contraction de leurs fibres musculaires. Dans les pays où l'on mange beaucoup de seigle, on a remarqué dans les années humides une épidémie à forme gangréneuse et à forme convulsive.

Pris, en effet, pendant un certain temps, dans la nourriture, le seigle ergoté détermine la gangrène. Sa pathogénésie contient des hémorrhagies par toutes les muqueuses et des taches de purpura.

Quant à la question des épidémies à forme convulsive, on peut affirmer qu'elles ne sont pas dues au seigle ergoté, mais bien à l'ivraie.

Le secale cornutum convient dans les gangrènes artérielles extrêmement douloureuses que, d'ailleurs, il produit chez l'homme sain et les animaux, sans doute, à cause de son action sur les fibres lisses des artères.

L'ergot de seigle contracte aussi les petites artérioles, comme on a pu le constater dans des expériences faites sur la grenouille. Chez les empoisonnés par l'ergot de seigle, il y a des hémorrhagies du nez et de l'utérus.

On ne sait pas bien l'histoire de ce médicament, quant à son origine médicale. On voit au XIII[e] siècle, les matrones s'en servir pour favoriser l'accouchement. C'est un médicament qui réussit, en effet, fort bien, mais il ne doit se donner que quand il n'y a pas d'obstacle à l'accouchement.

La clinique a démontré qu'en dehors des hémorrhagies *post partum* le seigle ergoté était indiqué dans les grandes hémorrhagies sans douleurs ou avec peu de douleurs, quand

il existe une grande faiblesse et une sorte d'indifférence profonde.

J'ai toujours employé la 1re trituration décimale.

Le seigle ergoté n'est pas abortif. Pour agir, il lui faut que l'utérus ait déjà commencé à se contracter. Il n'en est pas de même de la sabine. La sabine est un médicament vraiment abortif. La pathogénésie de ce médicament n'est pas très riche. L'expérience clinique, au contraire, est mieux connue. Tout ce qu'on sait, c'est qu'à hautes doses, la sabine produit des hémoptysies et des hémorrhagies utérines; que dans la métrorrhagie qu'elle occasionne, le sang est rutilant, quelquefois en caillot. La malade a des chatouillements aux seins. La métrorrhagie est accompagnée aussi d'irritations rectale et vésicale. La clinique nous a enseigné de donner la sabine dans les métrorrhagies avec coliques utérines. Gendrin, un médecin de la Pitié, prescrivait autrefois 5 centigrammes de sabine dans les hémorrhagies utérines, aussi il enregistra bien des succès.

Après quarante-huit heures de l'usage de sabine, 1re trituration décimale, 30 centigrammes par jour, la malade s'est trouvée beaucoup mieux et a guéri entièrement par la continuation de la sabine.

Le malade couché au lit n° 1 de la salle des hommes est atteint de phtisie. Voici son observation :

M. M..., âgé de 34 ans, et entré à l'hôpital le 2 décembre 1894, a été couché au lit n° 1 de la salle des hommes.

Ce malade porte tous les signes d'une phtisie avancée avec signes cavitaires au sommet droit, expectoration très abondante et puriforme contenant un grand nombre

de bacilles de Koch. Ce malade est absolument sans fièvre. Il pèse 99 kilogrammes.

Comme antécédent, nous noterons un père mort à 58 ans, après avoir toussé pendant dix ans. La mère est morte en couches.

Les frères et sœurs sont bien portants. M... est malade depuis plus d'un an, il est affecté d'une toux chronique.

Le 12 décembre, nous pratiquâmes chez ce malade une injection avec le pus d'un abcès costal recueilli chez un phtisique. Ce pus avait été porté à la 3e dilution et c'est cette dilution dont nous avons injecté une seringue de Pravaz.

Le troisième jour après l'injection, la température s'est élevée à 38°,2, trois jours après elle s'est élevée à 39°,2. Puis l'apyrexie s'est de nouveau établie.

Une injection avec le même liquide faite à un tuberculeux fébricitant a déterminé une augmentation de la fièvre et quatre jours après, une éruption polymorphe sans amélioration consécutive. Notre malade du n° 1 a pris pour sa toux quinteuse drosera teinture mère, et corallium 30e, puis ensuite aviaire 6e dilution pendant longtemps. Son état s'est amélioré graduellement. L'expectoration a considérablement diminué ; le poids, qui était tombé à 98 kilogrammes, est remonté à 99 kilogrammes et le malade se trouvant bien mieux a demandé sa sortie à la fin de février.

Jadis j'avais déjà employé la lymphe de Koch au millionième et j'avais obtenu certains résultats. J'avais amélioré une jeune fille qui, depuis, est morte, mais j'ai guéri une religieuse, en bonne santé encore aujourd'hui, et une cantatrice. Cependant je crus devoir abandonner la lymphe

de Koch à cause du danger qu'elle fait courir par son emploi à doses un peu fortes. De plus j'ai pu constater qu'en diminuant les doses, on n'obtenait rien. Les tristes expériences faites dans les hôpitaux allopathiques ont prouvé qu'à doses fortes la lymphe de Koch produisait la mort.

L'année dernière, j'ai essayé sans grand succès des injections de tuberculose aviaire et je suis résolu à ne reprendre ce mode de traitement que quand j'aurai trouvé un liquide moins dangereux, liquide que je recherche actuellement dans notre laboratoire.

Je ne voudrais pas terminer mes conférences sans compléter mes idées sur le traitement de la grippe. Le malade qui est couché au n°6 de la salle des hommes nous fournit d'ailleurs l'occasion de revoir quelques médicaments qu'on peut employer avec succès dans l'influenza.

M. H..., 63 ans, lit n° 6, grande salle des hommes. Entré à l'hôpital le 18 février 1895.

Malade depuis huit jours avant son entrée à l'hôpital, il est resté au lit une semaine chez lui ; il avait pris froid en omnibus; rentré chez lui, il eut des frissons violents, de la dyspnée, mal de tête ; il s'est couché.

A son entrée, on constate de gros râles dans les deux côtés de la poitrine, surtout aux bases.

Du 18 février au 21, la température monte le soir un peu au-dessus de 38°, et, à partir du 21, il n'y a plus de fièvre.

Traitement 19 et 20 février : ipéca 1re trit. déc., 0,25.

Du 21 au 25. Excl. sulf. de quinine 0,20 et même dose d'ipéca.

Du 25 au 28. Coralium (30) IV globules, à cause du caractère quinteux de la toux. Ce médicament a très rapi-

dement modifié la toux de ce malade qui aujourd'hui est sorti de l'hôpital.

Le corallium rubrum, ou corail rouge, contient du carbonate de chaux et de l'oxyde de fer. Il était employé dans l'ancienne thérapeutique où l'on se servait de tant de produits animaux. Teste l'a expérimenté et a conclu que la toux du corail était une toux nerveuse, spasmodique. La clinique nous apprend d'un autre côté que le corail convient fort bien dans la toux convulsive, avec chatouillement dans le larynx et effort de vomissements. On l'administre avec succès dans la troisième période du rhume, dans la période d'état de la coqueluche, dans la toux spasmodique de la phtisie.

Vous devez déjà avoir pensé que le corail ressemble au drosera. Oui, mais le drosera convient dans la toux avec vomissements, tandis que le corail réussit très bien dans les toux spasmodiques sans vomissements.

Je me rappelle avoir guéri une jeune fille de 12 ans, à qui on avait fait subir tous les traitements et qui était allé au Mont-Dore. Je lui donnai, comme j'en ai l'habitude, le corail, quatre globules d'une trentième dilution, dans 200 grammes d'eau, à prendre deux cuillerées par jour. La jeune fille ne toussa plus au bout de vingt-quatre heures. Le corail était bien indiqué, la toux étant quinteuse et spasmodique. En homœopathie, le tout est de donner un médicament à propos. Dans les maladies à symptômes multiples, la chose est plus facile. Chez cette enfant il n'y avait que le symptôme de la toux qui pouvait nous diriger.

Maintenant revenons aux indications du sulfate de quinine dans le traitement de la grippe.

Voici le résumé des enseignements que je crois avoir retiré de la clinique :

1° Quand le mouvement fébrile est intermittent ou rémittent. Dans ce cas, je donne de 50 centigrammes à un gramme de sulfate de quinine pendant la période de rémission.

2° Quand le mouvement fébrile est continu avec tendance au collapsus. Dans ce cas, je prescris 5, 10, 15 ou 25 centigrammes, quatre fois par jour.

3° Dans cette forme rare et grave caractérisée par un collapsus sans fièvre, le mode d'administration est le même que dans le cas précédent.

Dans les formes fébriles, je suspends le sulfate de quinine dès que l'apyrexie est établie.

On administre en même temps que le sulfate de quinine, les médicaments indiqués par les affections locales ; on doit préférer dans ces cas des doses pondérables.

Mais voici accourir l'école microbienne qui prétend tout expliquer. Si le sulfate de quinine est excellent dans la grippe, c'est qu'il tue le microbe et qu'il est antiseptique. Eh bien ! non ! ce n'est pas parce qu'il tue les microbes qu'il guérit mais parce qu'il augmente les forces de résistance de l'économie. On rend les centres vaso-dilatateurs insensibles aux poisons que sécrètent les microbes. Les cellules fonctionnent librement sans être empêchées par les toxines. Et c'est la phagocytose qui guérit.

En terminant le traitement de l'influenza je désire jeter un regard sur le traitement allopathique ; c'est, je crois, de bonne guerre.

J'ai été appelé, il y a quelques jours, auprès d'une jeune fille âgée de 18 ans atteinte d'une double broncho-pneumonie grippale. Elle était au neuvième jour de sa ma-

ladie et voici ce que ses médecins, tous les trois médecins des hôpitaux, mais que je me garderai bien de vous nommer, avaient combiné contre cette grave maladie. Deux fois des ventouses scarifiées, une saignée abondante, un peu de sulfate de quinine, l'enveloppement dans le drap mouillé, des piqûres d'éther et de caféine, toutes les contradictions imaginables.

Cette malade avait 40° de température, 140 pulsations, 74 respirations par minute et les deux poumons pris du haut jusqu'en bas.

Comme je ne pus affirmer à la famille que je guérirais la malade, on ne voulut pas essayer l'homœopathie et la malade mourut quelques jours après.

J'ai à vous parler maintenant d'une laryngite chronique, peut-être tuberculeuse.

M. G..., 24 ans, couvreur, lit n° 9, grande salle des hommes, entré le 14 février 1895, pour laryngite chronique. — A son entrée, le malade est complètement aphone, dysphagique. Il ne peut prendre que du lait et des potages. Au bout de huit jours, tous ces symptômes se sont améliorés, la voix est revenue, le malade mange du pain et de la viande sans difficulté (ce qui ne lui était pas arrivé depuis deux mois et demi); nous parlerons en dernier lieu du traitement.

A. B... a eu la fièvre typhoïde à 11 ans, d'une durée de un mois.

Il a commencé à tousser à son retour du régiment; il a été réformé pour bronchite chronique spécifique, dit son livret militaire.

Il a eu une pleurésie le 8 mai 1894, pleurésie gauche; il a été couché trois semaines. (Réformé le 8 juin 1894.) La

laryngite a commencé le 12 décembre 1894, il est rentré à St-Joseph quatre jours après, y est resté deux mois.

Soigné par l'électrisation.

Le père bien portant est mort par accident. Mère morte d'un traumatisme et un frère qui se porte très bien. Le malade est père de 6 enfants robustes.

Traitement. — 16 et 17 février. Spongia (3e trit.) 0,20.

Du 18 au 24. Hepar sulf. (1re trit.) 0,20 et mosch (1r trit. déc.) 0,10 (pour le soir).

Le 25. Le spasme de la glotte étant calmé on cesse moschus, hepar est donné seul.

Du 26 au 28, Argentum nitric. (3e trit.) 0,20.

Je donnai donc d'abord spongia, puis sa toux étant grasse, j'administrai hepar sulfuris et, pour ses accès de suffocation, je fis donner du musc dans la nuit. J'emploie surtout le musc dans le spasme de la glotte. L'oppression s'étant alors calmée, la voix étant revenue et les accès de suffocation ayant disparu, je donnai le nitrate d'argent.

J'aurai donc à vous parler, à l'occasion de ce malade, de spongia, de moschus et du nitrate d'argent, puisque je vous ai déjà entretenu d'hepar sulfuris dans une précédente leçon.

Spongia tosta ou éponge brûlée est un médicament du goitre. Arnaud de Villeneuve s'en servit au XIIIme siècle. Son analyse chimique a décelé du chlorure de sodium, du phosphate de chaux, de la silice, de l'albumine, de la magnésie, de l'iode et du soufre. Son action sur le larynx est très évidente. On constate de la sécheresse et de la constriction, une sensation d'obstruction.

La voix est rauque, il y a de l'enrouement et quelquefois de l'aphonie. Le larynx est douloureux au toucher. La toux est sèche, creuse, sibilante et douloureuse. La

respiration est difficile par suite du rétrécissement du larynx. La suffocation réveille le malade. On constate en outre le gonflement douloureux des ganglions cervicaux et sous-maxillaires, mais il n'y a pas de fausses membranes.

La clinique nous enseigne que le spongia tosta est un médicament excellent dans la laryngite chronique ou aiguë et dans le croup. Son indication différentielle avec hepar c'est que hepar demande une toux grasse tandis que spongia veut une toux sèche.

Généralement on emploie ce remède de la 1re trituration décimale à la 3e centésimale.

Le musc est un produit du chevrotin porte-musc. A hautes doses, il détermine des convulsions, une respiration irrégulière, des évacuations alvines, sanguinolentes, et la mort.

Dans la pathogénésie de Hahnemann nous retrouvons le symptôme capital : constriction du larynx avec suspension de la respiration comme par des vapeurs de soufre. Il y a même constriction de la poitrine.

Le musc est un médicament très efficace, c'est même le plus efficace dans le spasme de la glotte, que ce spasme soit essentiel ou lié au croup, à la laryngite aiguë ou chronique. Non seulement, le musc arrête les accès du spasme de la glotte mais il les prévient aussi. Ce médicament agit même par olfaction. Quand le malade peut avaler nous prescrivons des cachets contenant 0.10 centigrammes de la 1re trit. déc. Pour que le musc agisse, il faut une dose appréciable, toutefois je ne dis pas que la 6e dilution ne pourrait pas agir. Je ne l'ai jamais essayée. Le musc est aussi un médicament de l'hystérie et des palpitations nerveuses.

Le nitrate d'argent m'a rendu des services dans le traitement de certaines ostéites et dans les affections de la moelle épinière.

Les symptômes sont une inflammation de la bouche et de la gorge. La gorge est d'un rouge sombre. Il y a du chatouillement dans le larynx. La toux est sèche et spasmodique.

On constate aussi des accès de suffocation avec sifflement dans le larynx accompagnés d'angoisse, surtout après le repas et dans la position couchée.

La clinique nous enseigne que c'est un bon médicament pour la phtisie laryngée.

En vous parlant du lupus vorax que nous traitons en ce moment à la salle des hommes, je vous donnerai la pathogénésie d'hydrastis.

Je ne dirai rien des scarifications et du traitement par la lymphe de Koch.

M. Camille B..., 14 ans, entré à l'hôpital le 23 janvier, couché au n° 8 de la grande salle, pour un lupus vorax de la face, ayant attaqué la joue gauche, un peu la droite, toute la lèvre inférieure, le menton et la peau du cou.

Ce lupus a commencé, dit l'enfant, quand il avait 3 ans. A cet âge il a eu un abcès ganglionnaire dans la région mastoïdienne droite. Cet abcès s'est ouvert et a gagné la face progressivement.

Père et mère très bien portants. Deux frères très bien portants.

A part cette affection cutanée, l'enfant n'a jamais été malade.

Traitement { Hydrastis can. (T. M.), X gouttes.
Eau 100 grammes.

Pour lotions externes.

Intérieurement : Hydrastis (6) X gouttes.

L'hydrastis canadensis est une plante de la famille des Renonculacées, connue sous le nom de racine orange ou d'or. On emploie en thérapeutique le rhizome de la plante Ce rhizome renferme les alcaloïdes suivants : la berbérine, l'hydrastine et la xanthopuccine. Dans la médecine allopathique, l'hydrastis est surtout employé dans les hémorrhagies abondantes de l'utérus. On l'emploie aussi dans la dyspepsie.

La pathogénésie de ce médicament a été faite par 22 expérimentateurs, hommes et femmes, la plupart avec des doses de teinture, quelques-uns avec des dilutions. Nous retiendrons dans cette pathogénésie ce qui a trait aux affections de la peau. Il y a de l'érisypèle avec chaleur brûlante, de l'exfoliation de la peau, une pustule analogue à celle de la variole et du prurit. On peut constater à la face une fluxion érisypélateuse.

La clinique complète ces renseignements ; le Dr Philipp dit avoir guéri deux cas d'ulcères rongeants, le Dr Mac Simons trois lupus. J'ai moi-même enregistré plusieurs succès dans le lupus excedens et un succès relatif dans un cas de lèpre. Le Dr Bayes attribue une grande valeur à ce médicament dans le traitement du cancer du sein et des tissus glandulaires.

Le Dr Guttrigd améliore le cancer et soulage les douleurs. Cliffton fait disparaître la dyspepsie chez les cancéreux et le Dr Roux se rattache à cette opinion. Enfin Richard Hughes confirme la bonne action d'hydrastis dans le cancer du sein et des ulcères de la peau.

Je vous dirai un mot du traitement des ulcères variqueux. Il n'est pas besoin de vous donner l'observation des malades de nos salles. Je parlerai seulement du médicament que nous employons : la clematis.

La clematis vitalba ou viorne, vigne blanche, vigne de la vierge, est une plante de la famille des Renonculacées. C'est un médicament empirique. La clinique a démontré qu'il était purgatif, diurétique et vésicant.

Il a été conseillé en homœopathie contre les ulcères variqueux et les varices à cause de sa propriété vésicante. Les malheureux s'en servent pour se donner des plaies aux jambes. Il était connu jadis sous le nom d'herbe aux gueux.

Généralement, j'emploie la 6e ou la 3e dilution à l'intérieur en même temps que je fais faire un pansement sec de la 1re trituration décimale.

J'employais autrefois une solution au 1/10. Je faisais mettre de la teinture dans de l'eau ou de la glycérine, mais j'ai abandonné ce mode d'emploi parce que souvent avec le pansement humide il y a des poussées eczémateuses.

Je suis heureux de terminer mes conférences en enregistrant un succès incontesté parce que, chaque fois que ce médicament a été donné, il a toujours eu d'heureux résultats; je veux parler du corrosivus dans la dysenterie. Voici l'observation d'un malade atteint de cette affection et qui, pendant des mois, a été en vain soigné par la méthode allopathique.

M. Lambert B..., 18 ans, couché lit n° 5, grande salle des hommes. Entré à l'hôpital le vendredi 1er mars 1895 pour dysenterie chronique. Il n'a jamais quitté Paris.

La maladie a commencé le 8 juillet 1894. Les selles étaient fréquentes avec douleurs violentes dans l'S iliaque et le côlon et s'accompagnaient de sang et de lambeaux pseudo-membraneux. Epreintes à l'anus. Le malade dit avoir été 40 fois à la selle *dans une même journée.*

Du 8 juillet au 12 août, le malade, soigné chez lui par un pharmacien, a été traité par l'huile de ricin et de la magnésie. Il s'est PURGÉ FRÉQUEMMENT.

Le 12 août 1894, le malade entre à Necker dans le service de M. Dieulafoy. Deux jours de suite, il y a eu 60 selles par jour.

Traité par l'ipéca, 1 centigramme par litre (comme boisson), lavements de ratanhia alternés avec lavements au nitrate d'argent, 2 de chaque par jour. Pour boire, on lui donne la décoction de Sydenham.

Dans les derniers temps, lavements laudanisés additionnés d'un peu de bismuth.

Régime de Necker : régime lacté absolu et de la viande crue, qui d'ailleurs lui a donné le tænia — parce qu'on a donné de la viande de bœuf.

Le malade est sorti de l'hôpital le 28 décembre 1894 après cinq mois et demi de séjour. Il avait encore 20 selles par jour à sa sortie : on lui a alors dit qu'il était guéri et qu'il n'était pas possible de faire davantage pour lui.

Du 28 décembre au 1^er^ mars, le malade est resté chez lui. Il a continué les lavements d'ipéca. Son régime a consisté en laitage, riz, pommes de terre. Il a, pendant cette période, souffert de nombreuses privations.

La veille de son entrée, le malade a eu 10 selles dans les vingt-quatre heures, avec émissions sanguines.

1er mars, corrosivus (3^e) III gouttes,			8 selles
Le 2,	—	—	7 —
Le 3,	—	—	2 —
Le 4,	—	—	3 —
Le 5,	—	—	3 —
Le 6,	—	—	3 —
Le 7,	—	—	3 —
Le 8,	—	—	1 selle moulée,

avec toujours un peu de sang. La guérison persistait le 15 mars.

Etiologie. — Le 8 juillet, le malade dit avoir fait la fête avec quelques camarades. Il a bu plus que de raison. Rentré chez lui, et ayant soif la nuit, il boit beaucoup d'eau.

Le lendemain, il s'en va à Clamart et mange, dit-il, des fruits toute la journée. C'est à ce moment que commence sa diarrhée.

Je vais maintenant vous exposer la pathogénésie du corrosivus. Elle est surtout empruntée aux faits d'empoisonnement.

Tous les auteurs ont noté une diarrhée avec ténesme et coliques et même des coliques excessives. Le ténesme est très prononcé, toutes les observations en font mention. Il existe des selles sanguinolentes, quelquefois composées presque de sang pur. Elles contiennent des glaires, des mucosités sanguinolentes. Le malade éprouve un besoin continuel d'aller à la selle.

On a pu constater à l'autopsie des empoisonnés une violente inflammation de la membrane muqueuse du rectum avec ulcération et fausses membranes,

Notre malade, soumis au corrosivus 3^e dilution, III gouttes par jour, est allé de mieux en mieux. Voici déjà

à peu près huit jours qu'il a des selles moulées et ne présentant pas trace de sang.

N'y eût-il que ce succès indiscutable (mais ils sont nombreux encore ceux que je pourrais vous citer), ce serait assez pour proclamer l'efficacité et la prédominance sur l'autre thérapeutique de l'homœopathie qui non seulement guérit, mais satisfait l'esprit en lui donnant la raison des guérisons par son :

Similia similibus.

Nous pouvons nous appliquer en toute justice la loi posée par le prof. Bouchard à toute bonne thérapeutique : savoir ce qu'on fait et pourquoi on le fait !

Dr P. Jousset

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

PATHOGÉNÉSIE DE LA THYROÏDINE.

28° Parsons. (*Lancet*, 17 mars 1894.) — Il traite un cas d'acromégalie par l'extrait thyroïdien avec une grande amélioration des symptômes subjectifs.

Céphalalgie beaucoup moindre.

29° Tschernoguboff (*Brit. med. Journ.*, 17 mars 1894.) — Il donne pendant dix-sept jours la thyroïdine dans un cas de psoriasis avec les résultats suivants :

L'infiltration fut rapidement résorbée.

Il survint une desquamation active.

Faiblesse de cœur.

Douleurs dans tout le corps.

Vertiges.

30° FURBRINGER. (*Medical press.*, 4 avril 1894.) — Il attribue au traitement thyroïdien :

De l'anémie.

De la sténocardie.

HOFFMANN lui attribue une cachexie particulière plus dangereuse que le myxœdème lui-même.

31° MORRISSON. (*Journal of Brit. Hom. Soc.*, juillet 1894.) — Des doses de 2 ou 1 tabloïd (*Burroughs and Wellcome*) donnés pour un eczéma des membres, du tronc et des paupières produisirent les symptômes suivants :

Légères nausées revenant en pensant au médicament.

Sensations de légèreté dans le cerveau arrivant à peine au vertige.

Augmentation de l'appétit, avec digestion plus facile.

Augmentation de la flatulence, suivie d'amélioration.

Diminution de la constipation.

Augmentation des urines, ordinairement claires, de couleur jaune pâle.

Mal de tête autour du front deux heures environ après chaque tabloïd.

Mal de tête frontal persistant pendant quatre jours successifs, après avoir pris un tabloïd.

La forme vésiculaire de l'eczéma se changea en fines pustules.

Les pustules disséminées mûrissent vite ou avortent.

Sensation brûlante au niveau des lèvres avec desquamation facile.

Desquamation de la peau des membres inférieurs avec amélioration graduelle.

Les pieds pèlent à plusieurs reprises en larges écailles, laissant une surface sensible.

Amélioration satisfaisante et progressive de la santé générale.

32° CORKHILL. (*Brit. med. Journ.*, 7 janvier 1893.) — Femme mariée de 32 ans, atteinte de myxœdème avec goitre.

Après les injections de thyroïdine, le myxœdème disparaît et la glande thyroïde se réduit à la moitié de son volume.

33° « EYE-PIECE » (*Id.*, 25 novembre 1893). — Dans les syphilides secondaires et tertiaires rebelles, la thyroïdine amène une desquamation marquée et une action bienfaisante sur la peau.

Un cas de rupia grave avec ulcérations étendues des jambes et du cuir chevelu, qui avait résisté à tous les traitements accoutumés, fut guéri par celui-ci. La guérison commença au centre des ulcères. La desquamation s'établit au pourtour des ulcérations. En même temps la suppuration cessait et tout le tissu malade paraissait plus sec et en meilleur état dès le troisième jour de traitement.

34° P. MARIE (*Société médic. des hôpitaux*, 23 février 1894 (1).) — Il signale les symptômes suivants comme produits par le corps thyroïde ingéré ou le suc thyroïdien en injections.

Tachycardie.

Elévation de la température.

Insomnie et agitation.

Polyurie.

Albuminurie.

---

(1) Les observations suivantes de 34 à 43, ont été ajoutées à celles que le Dr Clark avait rapportées dans le *Hom-World*.

Paraplégie incomplète.

Sueurs.

Diarrhée.

35° BRISSAUD et SOUQUES. (*Id.*, 13 avril 1894.) -- Malade de 37 ans, naine, atteinte de myxœdème très accusé ; avant le traitement thyroïdien elle pesait 27 kilogrammes ; la température oscillait entre 36° et 36°,2 ; le pouls était à 84 et les urines à 400 grammes environ.

Traitée du 19 février au 2 avril par l'ingestion quotidienne d'un lobe frais et cru de corps thyroïde de mouton (une suspension de trois jours le 3 mars et une autre de trois jours le 17 mars).

Le 20 février. Pouls à 124 ; le 21, à 112 et température à 37°,2 ; le 23, le pouls était à 124 et la température à 37°,8.

Diurèse légère (500 à 600 grammes).

Céphalalgie et insomnie.

Coliques.

Douleurs dans les membres inférieurs.

Le 26. Pouls à 140 et température à 38°,4. Cette tachycardie et cette hyperthermie ne s'accompagnent d'aucun phénomène général.

Du 6 mars au 16, la température oscille entre 36°,8 et 37°,6 et le pouls autour de 120.

Amélioration considérable, l'infiltration a beaucoup diminué, la peau est moins sèche, la transpiration appréciable.

Les ongles ont subi une modification remarquable et présentent à 5 ou 6 millimètres de la lunule un sillon transversal très marqué.

36° BÉCLÈRE. (*Id.*, 12 octobre 1894.) — Femme de 31 ans,

myxœdème. En observation sans traitement du 18 au 24 août : température rectale entre 36°,6 et 37°,4 ; pouls entre 72 et 76 ; urines de 600 à 800 grammes, avec une densité de 1.005 ; urée, 5,66 en moyenne ; albumine, traces non dosables.

Le 24 août, elle prend par erreur huit lobes de corps thyroïde ; le lendemain matin : pouls, 88 ; urines 1.400 grammes ; le soir, température 38° et pouls à 104.

Jusqu'au 6 septembre, aucun médicament ; cependant le myxœdème s'améliore ; le pouls oscille entre 86 et 100, la température entre 36°,4 et 37°,8 ; les urines entre 800 et 1.950 grammes. Le 26 août, on a trouvé 21 gr. 95 d'urée avec diminution dans les traces d'albumine.

Du 1er au 6 septembre, tristesse, céphalalgie et douleurs.

Le 6. Pouls, 92 ; T. 37° le matin, 37°,6 le soir ; urine 1.950 grammes ; on administre huit lobes de corps thyroïde, pesant 8 grammes.

Le 7. Pouls 92 ; T. 37°,8 le matin, 38°,2 le soir ; urines 1.620 grammes ; urée, 22 gr. 47.

Insomnie, agitation.

L'albumine a complètement disparu depuis quelques jours.

Le 8. Pouls 100 ; T. 37° le matin, 37°,8 le soir ; urines, 1.550 ; urée, 26 gr. 48.

Céphalalgie violente ; nouvelle dose de 8 grammes de corps thyroïde.

Le 9. Pouls 92 ; T. 37°,6 le matin, 37°,2 le soir ; urines, 1.900 ; urée, 28 gr. 75.

Mal de tête, courbature générale.

Règles en avance de 5 jours ; nouvelle dose de 8 grammes.

Le 10. Pouls 100; T. 37°,4 le matin, 37°,8 le soir; urines, 1.450 grammes; urée, 22 gr. 88; nouvelle dose de 12 grammes.

Le 11. Pouls 104; T. 36°,8 le matin, 37°,2 le soir; urines, 1.750 grammes; urée, 28 gr. 64.

La malade dort bien et se trouve bien; 16 grammes de corps thyroïde.

Le 12. Pouls 112; T. 37°,4 le matin, 38° le soir; urines, 1.750 grammes; urée, 33 gr. 10; 20 grammes de corps thyroïde.

Malaise, céphalalgie, vertige en se levant.

Le 13. Pouls 108; T. 37°,6 le matin, 37°,8 le soir; urines, 1.700 grammes; urée, 32 gr. 15.

Sueurs abondantes.

Le 14. Pouls 112; T. 37°,2 le matin, 37°,4 le soir; urines, 1.400 grammes; urée, 26 gr. 20.

Le 15. Pouls 116; T. 36°,4 le matin, 37°,2 le soir; urines, 1.500 grammes; urée, 27 grammes.

Le pouls est petit et très instable; il monte à 140, la malade étant levée.

Le 16. Pouls 112; T. 37°,4 le matin, 37°,2 le soir; urines, 1.200 grammes; urée, 16 gr. 69.

Insomnie, céphalalgie, courbature, sensation de chaleur.

Les yeux sont saillants et brillants comme dans la maladie de Basedow; 20 grammes de corps thyroïde.

Le 17. Pouls 110; T. 37° le matin, 37°.7 le soir; urines, 1.660 grammes; urée, 29 gr. 77.

Très mauvaise nuit; agitation, excitation, sueurs abondantes, céphalalgie, sensation d'étouffement. Le pouls monte à 160 après quelques pas.

Le 18. Pouls 102; T. 37°,2 le matin, 37°,4 le soir; urines, 1.350 grammes; urée, 22 gr. 48.

Le 19. Pouls 116; T. 37°,2 le matin, 37°,4 le soir; urines, 1.355 grammes; urée, 24 gr. 30.

Santé meilleure. Tremblement dans un bras, en soulevant un objet pesant.

Le 20. Pouls 116; T. 37°,4 le matin, 37°,6 le soir, urines, 1.548 grammes; urée, 23 gr. 75.

Amélioration progressive et marquée du myxœdème.

Étouffement, essoufflement et palpitations au moindre effort; le pouls monte à 150 par le mouvement; persistance du tremblement.

Tout à coup, paralysie incomplète mais très accentuée du bras et de l'avant-bras droit, avec anesthésie cutanée depuis l'extrémité des doigts jusqu'à l'union du tiers inférieur du bras, avec les deux tiers supérieurs; anesthésie limitée à ce niveau par une ligne circulaire.

Aphasie (les mouvements de la langue sont intacts). Tous les accidents s'amendent rapidement.

Les jours suivants, les symptômes du côté du pouls, de la température, de la quantité des urines et de l'urée sont analogues à ceux que nous venons de rapporter.

Le 23. On est frappé de l'éclat du regard, de l'aspect brillant et de la saillie des yeux qui rappellent ceux des malades atteints de goitre exophthalmique.

Le 24. Augmentation de l'exophthalmie.

Le 26 et les jours suivants, la malade éprouve pendant quelques minutes les phénomènes du doigt mort.

En résumé, sous l'influence du traitement thyroïdien :

Diurèse (de 400 ou 600 grammes à 1.200, 1.500, 1.900).

Augmentation de l'urée (de 6 grammes à 33).

Amélioration rapide du myxœdème.

Symptômes rappelant le goitre exophthalmique : tachycardie (pouls passant de 72 à 120, et même pendant le mouvement 140 et 160), vertiges, essoufflement et palpitations pour le moindre mouvement, élévation de la température, agitation, insomnie, polyurie, paraplégie incomplète, chaleurs, sueurs, tremblement, saillie des yeux avec éclat brillant et exophthalmie.

Symptômes hystériformes : aphasie et monoplégie transitoires; avec anesthésie cutanée limitée par une ligne circulaire.

37° J. Voisin. (*Id.*, 19 octobre 1894.) — Malade de 32 ans, atteinte de goitre exophthalmique classique, traité par le corps thyroïde (8 grammes chaque jour en deux fois, avant chaque repas).

Amélioration rapide.

38° Bruns. (*Semaine médicale*, 17 octobre 1894.) — Il traite 12 malades atteints de goitre, avec 9 guérisons ou amélioration.

Un seul malade, âgé de 40 ans, a présenté les symptômes suivants :

Céphalalgie.

Nausées et anorexie.

Accélération du pouls, sans fièvre.

Amaigrissement de 10 kilogrammes.

39° Ballet et Enriquez. (*Société médicale des hôpitaux*, 15 novembre 1894.) — Expérimentation sur un chien au moyen d'injection d'extrait thyroïdien.

Pendant une première période de douze jours, on a injecté des doses quotidiennes progressivement croissantes, symptômes sur lesquels ils n'insistent pas : fièvre, tachycardie, diarrhée, melœna, tremblements, etc.

Gonflement du corps thyroïde, qui a débuté cinq jours après la première injection ; « il siégeait de chaque côté du larynx, et il était légèrement plus accentué à gauche qu'à droite. Au bout de trois jours, c'est-à-dire huit jours après le début de l'expérimentation, la tuméfaction diminuait à gauche pour augmenter à droite d'une façon très manifeste. Cette tuméfaction, qui très vraisemblablement correspondait au lobe droit du corps thyroïde, persista tant que durèrent les injections de la première série ».

Le 13e jour, suppression des injections pendant une semaine ; les accidents diminuent ou disparaissent peu à peu. Le 7e jour le gonflement du corps thyroïde était tout à fait effacé.

Le 20e jour, reprise des injections à doses plus faibles : tous les accidents reparaissent ainsi « que le gonflement du corps thyroïde, qui cette fois-ci, alla progressant et constitue aujourd'hui une tuméfaction appréciable à la vue... Cette tuméfaction unilatérale siège exactement à la place anatomique qu'occupe le lobe droit du corps thyroïde : elle fait corps pour ainsi dire avec le larynx et participe à tous ses mouvements. La palpation en est légèrement douloureuse, et donne une sensation nette de lobulation ». Ni mouvement d'expansion, ni souffle à l'auscultation.

40° Ballet et Enriquez. (*Id.*, 14 décembre 1894.) — Nouvelles expériences sur deux chiens avec les mêmes résultats : fièvre, tachycardie, hémorrhagies intestinales, etc., et goitre.

Un des chiens, jeune, de 6 kilogrammes seulement, mis en expérience le 3 décembre ; dès le 3e jour, malaise habituel et commencement du goitre, par « une tuméfaction

du lobe droit du corps thyroïde. Le 6e jour, le lobe gauche, qui, les jours précédents, n'était pas accessible à la palpation, devint également manifeste, sans atteindre cependant le volume du lobe droit ».

Le 7e jour hyperthermie (40,6). Tachycardie (190 puls.).

Hémorrhagies intestinales abondantes et répétées.

Mort le 8e jour dans le collapsus; ayant maigri d'un tiers de son poids pendant ces huit jours.

Le corps thyroïde pesait 3 gr. 75, tandis que chez un chien de 15 kilogrammes il ne pèse que 2 gr. 75.

La surface du corps thyroïde, surtout celle du lobe droit, présentait des points ecchymotiques; hypertrophie concentrique du ventricule gauche.

Les reins étaient volumineux et congestionnés. Le tube digestif ne présentait aucune ulcération, malgré les hémorrhagies intestinales observées pendant la vie.

41°. LEBRETON et VAQUEZ. (*Id.*, 11 janvier 1895.)— Petite fille de 3 ans, atteinte de myxœdème très amélioré par le traitement thyroïdien.

A noter la guérison d'une asphyxie locale des extrémités qui sont œdématiées, froides et cyanosées, albuminurie passagère.

Le sang examiné avant le traitement contenait 1.750.000 globules rouges, 4.500 globules blancs; quelques globules rouges nucléés comme dans le sang fœtal.

Six semaines après, on constatait 2.450.000 globules rouges et 9.600 blancs.

42° BÉCLÈRE. (*Id.*, 18 janvier 1895.) — Expérience sur un singe macaque, à qui l'on faisait manger chaque jour

des glandes thyroïdes fraîches, mort après dix jours d'alimentation.

Il insiste sur le danger du traitement thyroïdien, qui a déjà causé un certain nombre de morts.

43° W. DALE JAMES. (*The Univers. hom. Annual*, 1894.) — Il rapporte l'observation d'un médecin de 45 ans, qui a pris de l'extrait thyroïdien. Il se plaignait à la fin de la semaine d'être très déprimé, avec des bouffées de chaleur fréquentes et des palpitations.

Les symptômes nerveux augmentent et le malade paraît et se sent comme un vieillard.

Après une autre semaine, soif inextinguible, polyurie, respiration embarrassée, pouls à 132; l'haleine a l'odeur d'acétone.

Un mois après, l'urine pèse 1.032 et le sucre est facilement retrouvé à chaque examen.

On supprime le traitement thyroïdien et on applique un régime antidiabétique.

Le sucre diminue journellement et finit par disparaître.

Etudes des symptômes par systèmes anatomiques (1).

SYMPTOMES MENTAUX. — ° Stupeur aiguë alternant avec une dépression mélancolique. Parfois, on ne peut la faire parler, mais elle reste étendue à terre avec les membres rigides. D'autres fois, elle pleure et se déshabille. Quelquefois elle est dangereuse et portée à l'homicide; elle place-

(1) Les symptômes précédés d'un ° sont des symptômes guéris ou améliorés par la thyroïdine, les autres sont des symptômes produits par cette substance ; les chiffres se rapportent aux numéros des observations citées précédemment.

rait ses bras autour du cou des autres patients si étroitement qu'elle les étranglerait presque. (Dans ce cas l'insanité avait précédé le myxœdème. Les deux furent améliorés)[2].

Elle montre une vivacité plus grande dans ses querelles avec d'autres malades pour de futiles divergences d'opinion [8].

Dépression [9].

° L'irritation et la mauvaise humeur font place à la gaieté et à l'animation [13].

° Tous les cas avancés de myœdème s'accompagnent de quelque aberration mentale, qui tend vers la démence, ordinairement avec hallucinations, prenant la forme de soupçons et de persécutions. Quelquefois l'aliénation se présente sous forme de manie ou de mélancolie [15].

° Attaque de manie aiguë survenant dans le cours du myxœdème, complètement guérie par la thyroïdine [15].

° Aliénation ayant précédé le myxœdème de trois ans, caractérisée par des attaques de grande violence, séparées par de la dépression et de la tristesse [15].

° Etat d'idiotie [16].

° Cauchemars effrayants [16].

Excitation persistant toute la journée, avec grognement continuel et rires d'un caractère particulier à la malade [20].

Excitation très grande, suivie d'une dépression considérable [20].

Pendant plusieurs heures se trouve dans un état que l'on peut appeler hystérique [20].

° Abattement; faiblesse d'intelligence [12].

Profonde dépression [23].

Irritation et mauvaise humeur [22].

Tristesse [36].

Elle devient grognon [25].

Colère [25].

Elle a des frayeurs [25].

Tête. — Beaucoup de vertiges et de céphalalgie pendant vingt-quatre heures [8].

Elle est réveillée vers 4 heures du matin par une céphalalgie aiguë et une douleur intense dans le dos et les membres, qui continue pendant trois jours et l'oblige à garder le lit [9].

Depuis la première ingestion de corps thyroïde elle a éprouvé un étrange sentiment de lourdeur dans la tête, avec vertiges et palpitations en se penchant [9].

Céphalalgie (avec symptômes fébriles) qui disparaît en cessant le traitement et reparaît sept jours après l'avoir repris [16].

Céphalalgie [23. 35. 36. 38].

Céphalalgie et douleurs dans l'abdomen [26].

Mal de tête autour du front deux heures environ après chaque dose [31].

Mal de tête frontal persistant pendant quatre jours après avoir pris une dose [31].

Mal de tête et vertiges en se levant [36].

° Céphalalgie constante, douleurs à l'occiput et au vertex [21].

° Céphalalgie chez une acromégalique [28].

Vertiges [16. 29].

Sensation de faiblesse dans le cerveau, allant presque au vertige [31].

Repousse des cheveux (plusieurs cas).

Cheveux noirs poussant au milieu des gris [8].

Yeux. — Les yeux sont saillants et brillants comme

dans la maladie de Basedow ; on est frappé de l'éclat du regard, de l'aspect brillant et de la saillie des yeux qui rappellent ceux des malades atteints de goitre exophthalmique [36].

° Exophthalmie.

Oreilles. — ° Les parties humides derrière les oreilles guérissent (cas de psoriasis) [12].

Face. — Rougeur avec nausées et douleurs lombaires [1].

Rougeur, perte de connaissance et convulsions musculaires toniques [1].

Rougeur subite [1].

Rougeur avec élévation de la température et douleurs généralisées [5].

Rougeur de la face [23]. [43].

Lividité soudaine de la face avec manque de respiration [10].

Commencement de syncope avec bouffées de chaleur dans la partie supérieure du corps et douleurs dans le dos [11].

Gonflement de la figure et des jambes [19].

° Dans un lupus de la face, la raideur, la chaleur, la rougeur et l'irritation de la figure furent soulagées [27].

Sensation brûlante au niveau des lèvres avec desquamation facile [31].

Bouche. — La langue devient épaisse [13].

Elle se sent fébrile et altérée [13]. Grand soif [16]. Soif inextinguible [43].

° Plaie ulcérée sur la face buccale et la joue gauche près de l'angle de la mâchoire (psoriasis) [14].

GORGE. — ° Sensation de plénitude.

Production du goitre chez 3 chiens [39, 40].

° Guérison ou amélioration du goitre exophthalmique [20, 37].

° Réduction du goitre simple [32, 38].

ESTOMAC. — Nausées avec rougeur de la face et douleurs lombaires [1].

Nausées, léger vomissement [5].

Légère nausée revenant en pensant au corps thyroïde [31].

Cinq fois la malade a vomi le corps thyroïde [5].

Elle sent toujours un état nauséeux après les injections [7].

Sensation de lipothymie et de nausées [8].

Nausées aussitôt après avoir pris la glande [9].

Perte de l'appétit [12, 38].

Augmentation de l'appétit avec digestion plus facile [31].

Nausées [19, 38].

Sensation de fatigue et de mal de cœur [27].

Eructations [19].

Troubles dyspeptiques [22].

Vomissement [23].

Trouble gastro-intestinal et diarrhée [23].

ABDOMEN ET SELLES. — Diarrhée [17, 18, 28, 34, 40].

Augmentation de flatulence, suivie par une amélioration [31].

Mal de tête et douleurs dans l'abdomen [26].

Coliques [35].

Soulagement de la constipation [31].

° Constipation [20, 21].

Hémorrhagies intestinales, mélæna [39, 40]

VOIES URINAIRES. — Augmentation des urines (1) [8, 11, 16, 17, 18, 34, 35, 36, 43].

Besoin d'uriner plus fréquent, avec urine claire, d'une couleur jaune pâle [31].

° Augmentation considérable de l'urée chez un malade urémique [36].

Traces légères d'albuminurie [16].

Albuminurie [17, 34, 41].

° Amélioration de l'albuminurie [36].

Glycosurie [43].

Reins volumineux et congestionnés [40].

ORGANES GÉNITAUX. — Six jours après le commencement du traitement, les règles, qui avaient cessé depuis plus d'un an, réapparaissent et continuent abondantes (chez une myxœdémateuse de 33 ans) [2].

Deux jours après le commencement du traitement, les règles se rétablissent et continuent régulièrement après une cessation d'un an (femme de 44 ans) [11].

Règles en avance de cinq jours [36].

° Règles douloureuses et irrégulières [21].

° Douleur constante dans l'ovaire gauche et grande sensibilité [21].

Elle est pâle et paraît souffrante. Douleur dans la partie intérieure du ventre, mal de tête et maux de cœur (jeune fille de 16 ans, probablement effort menstruel provoqué par le thyroïdien, sans venue des règles) [27].

---

(1) Doit-on considérer l'augmentation des urines comme un symptôme pathologique ? Ne serait-ce pas plutôt un symptôme curatif, les myxœdémateux présentant presque toujours un certain degré d'oligurie ?

Organes respiratoires. — Petite hémoptysie, suivie de toux et de signes de phthisie au sommet du poumon gauche [11].

Sensation d'étouffement [36].

La voix devient claire [13].

Cœur et organes de la circulation. — En essayant de monter une côte, mort subite par affaissement cardiaque [1].

En se baissant pour mettre ses chaussures, elle se trouve mal et meurt en une demi-heure [1].

Deux crises de syncopes [2].

Une malade présenta après les injections une lividité si intense de la peau qu'elle était presque bleue [3].

Dégénérescence du muscle cardiaque chez des animaux [4].

Hypertrophie concentrique du ventricule chez un chien [4].

Le murmure cardiaque systolique était moins marqué après le traitement qu'avant [7].

Se plaint de temps à autre d'une sensation de lipothymie, non d'une manière spéciale après les injections [8].

Sensation de faiblesse et de nausées [8].

Fréquents évanouissements [8].

Palpitations en se penchant [9].

Essoufflement et palpitations au moindre effort [9].

Pouls à 64 pulsations, régulier, dépressible [9].

Une fois, après s'être fatiguée plus qu'elle ne l'avait fait depuis longtemps, elle fut prise soudainement de manque de respiration, devint livide et se trouva comme si elle mourait [10].

Mort, avec tous les symptômes d'angine de poitrine [18].

Pouls monte à 112 [16]; de 84 à 124 et 140 [35]; de 72 à 116 et 150 par le mouvement [36].

° Pouls rapide et impossibilité de se coucher à plat dans son lit [21].

Pouls petit et très instable [36].

Tachycardie [5. 17. 23. 34. 40].

Syncope fatale [18].

Faiblesse de l'action du cœur [29].

Tachycardie et grande excitabilité du cœur, persistant plusieurs jours après la cessation du traitement [18].

Dilatation des artérioles [18].

° Dans un lupus de la face, il diminue la chaleur, la rougeur et l'irritation de la figure [27].

° Sensation comme si le cœur sautait [21].

Tronc, cou et dos. — Rougeurs, nausées, douleurs lombaires pendant quelques minutes [1].

Douleurs piquantes dans la région lombaire [1].

Convulsions musculaires toniques généralisées [1].

Douleurs généralisées [5. 10. 23. 29. 36].

Courbature générale [36].

Douleurs intenses dans le dos et les membres, obligeant à garder le lit pendant trois jours [9].

Bouffées de chaleur dans la partie supérieure du corps et douleurs dans le dos [11].

° Douleurs dans le dos.

Membres. — Tremblements dans les membres [3].

Œdème des jambes, qui disparaît et reparaît plusieurs fois dans un mois [8].

Douleurs intenses dans le dos et les membres, obligeant à garder le lit pendant trois jours [9].

Douleurs dans les bras et les jambes avec malaises [14. 33].

° Acromégalie et symptômes subjectifs [28].

La peau des mains et des pieds desquame [4].

EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES. — Après l'injection, perte complète de l'usage des mains pendant deux jours [8]. Le même phénomène se reproduit plus tard [8].

Après l'injection, sensation bizarre, avec impossibilité d'élever les bras [8].

Tout à coup, paralysie incomplète, mais très accentuée du bras et de l'avant-bras droit, avec anesthésie cutanée depuis l'extrémité des doigts jusqu'à l'union du tiers inférieur du bras avec les deux tiers supérieurs (anesthésie limitée en haut par une ligne circulaire), et avec aphasie [36].

Tremblement dans un bras [36].

Sensation du doigt mort [36].

° Asphyxie locale des extrémités, qui sont œdématiées, cyanosées et froides [41].

Les ongles présentent à 5 ou 6 millimètres de la lunule un sillon transversal très marqué [35].

EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES. — Fourmillements dans les jambes [16].

Douleurs dans les jambes [16. 35].

Paraplégie incomplète [17. 34].

Gonflement de la face et des jambes [19].

Les pieds pèlent à plusieurs reprises en larges écailles, laissant une surface sensible [31]. (Voir PEAU.)

REPOS, POSITION, MOUVEMENT. — Malaise diminué par le repos au lit [1].

En montant une côte, syncope mortelle [1].

En se baissant pour mettre ses chaussures, syncope mortelle [1].

En se baissant, palpitation [9].

Palpitation, sensation d'étouffement, pouls à 150 par le mouvement [36].

Le repos dans la position couchée diminue l'étouffement, la lividité et la sensation de mort prochaine [10].

Transpiration profuse au moindre mouvement [6].

° Impossibilité de se coucher dans son lit à cause des palpitations.

TEMPÉRATURE. — Sensation de bien-être et de chaleur [11].

° Dans tous les cas de myxœdème les malades sont frissonnants ; l'effet du traitement est de diminuer cette sensation.

NERFS. — Perte de connaissance avec spasmes musculaires toniques généralisés pendant quelques secondes [1].

Evanouissements (fréquents, voir COEUR).

Tremblements dans les membres, perte de connaissance complète [3].

Rapidement plus faible [6, 9].

Impossibilité de marcher et de se tenir debout sans chanceler [6].

Attaque épileptiforme, après laquelle il fut sans connaissance pendant une heure [15].

Malaise [14, 22, 36].

Malaise si grand qu'elle refuse de continuer le traitement [22].

Agitation [17, 36].

Paraplégie incomplète [17, 34].

Paralysie hystérique du membre supérieur droit avec aphasie. (Voir EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES.) [36].

Attaque d'hystérie [20].

Nerveuse et hystérique, a besoin de plusieurs gardes pour la veiller [26].

Sensation de fatigue et de mal de cœur [27].

FIÈVRE. — Bouffées de chaleur, avec nausées [1].

Bouffées de chaleur avec perte de connaissance [1].

La peau devient si livide qu'elle est presque bleue [3].

Visage rouge [4].

La température s'éleva à 37°,7[5]; elle ne s'élève pas au dessus de 37°,1, mais elle se sentait fiévreuse et altérée [13].

La température monte à 37°,7 et s'y maintient plusieurs jours, avec le pouls à 112 [16].

Élévation de la température avec sueurs [17. 18. 23. 36].

Température monte de 36° à 37°,8 et 38°,4; le pouls de 84 à 124 et 140 [35].

Température monte de 36°,6 à 38°,2; le pouls de 72 à 116 [36].

Transpiration profuse au moindre exercice [6].

Sensation de chaleur et de mal de cœur après les injections [7].

Elle se sent mieux et plus chaud [11].

TEMPS. — Il est réveillé à 4 heures du matin avec un grand mal de tête [9].

SENSATION. — Douleurs piquantes [1].

Lourdeur dans la tête [9].

Fourmillements dans les jambes [16].

Sensation du doigt mort [36].

PEAU. — Rougeur de la peau [1].

La peau devient si livide qu'elle est presque bleue [3].

Desquamation de la peau des mains et des pieds [5]. Desquamation (psoriasis) [29]. Desquamation généralisée [9].

Psoriasis, l'éruption s'étend et augmente d'intensité [12].

° Psoriasis; rougeur et démangeaisons moindres; l'éruption se divise et laisse de larges places de peau saine [12]. L'irritation disparaît complètement [12]. Les parties humides derrière les oreilles guérissent [12].

° Psoriasis. Les bras sont moins raides et moins douloureux, le gonflement diminue : les croûtes sont séparées laissant la peau à peine rouge; l'éruption est bien moins douloureuse [12].

° Psoriasis; éruption symétrique, serpigineuse, rouge sombre, à bords relevés et épais [12].

° Lupus [23].

Lupus, augmentation de la suppuration [27].

° Lupus, rougeur, chaleur, irritation de la figure sont soulagées [27].

° Eczéma aigu, diminution marquée de l'irritation de la peau [12].

° Eczéma, les pustules disséminées mûrissent rapidement ou avortent [31].

° Eczéma de dentition [24].

° Psoriasis syphilitique [13.33].

° Rupia [13].

Desquamation de la peau, commençant aux jambes et s'étendant à toute la surface du corps; la peau devient ensuite par comparaison douce et lisse [31].

Desquamation de la peau des membres inférieurs avec amélioration graduelle d'un eczéma [31].

SOMMEIL. — Réveil à 4 heures du matin avec mal de tête [9].

° Disparition de cauchemars effrayants [16].

Insomnie [19, 35].

Agitation et impossibilité de dormir [20, 36].

Tendance continuelle au sommeil [22].

TISSUS. — Gonflement induré au niveau de l'injection [1].

Gonflement au niveau de l'injection, avec léger abcès consécutif [1].

Gonflement dur au point de l'injection, disparaissant sans suppuration [1].

Dégénérescence du muscle cardiaque (effets sur des animaux) [4].

Hypertrophie concentrique des ventricules chez un chien [40].

Œdème des jambes qui paraît et disparaît plusieurs fois pendant un mois [8].

° Amélioration du myxœdème (grand nombre de cas).

Douleur et gonflement au niveau de la figure (2 cas) [8].

Abcès qui guérit rapidement après incision [8].

Petit abcès [11].

Série d'abcès consécutifs aux injections, mais provenant probablement d'un abcès accidentel tout à fait indépendant de celle-ci [10].

Augmentation de la suppuration d'un lupus [27].

Petite attaque d'hémoptysie, suivie de toux et des signes de phthisie au sommet du poumon gauche [11].

Augmentation de 6 kilogrammes en poids [12].

Amaigrissement de 10 kilogrammes .

Amaigrissement [40].

Amaigrissement considérable (myxœdème).

Augmentation en force et en volume [24].

Anémie et faiblesse [27].

Anémie [30].

Résorption rapide de l'infiltration (psoriasis) [29].

GÉNÉRALITÉS. — Les personnes souffrant des maladies de peau peuvent prendre de plus fortes doses que celles atteintes de myxœdème [23].

° Acromégalie, céphalalgie et symptômes subjectifs [28].

Une cachexie spéciale plus dangereuse que le myxœdème lui-même [30].

° Une amélioration progressive et satisfaisante de la santé générale (eczéma) [31].

Devient rapidement plus faible, transpirations profuses au moindre exercice [6].

° Syphilis secondaire et tertiaire [14, 33].

(*A suivre.*) Dr MARC JOUSSET.

MÉDECINE PRATIQUE

SUR UN CAS DE DIABÈTE BRONZÉ SUIVI D'AUTOPSIE. M. le Dr PIERRE MARIE. (*Semaine médicale*, mai 1895.)

M. le Dr Marie ayant eu l'occasion d'observer un cas de diabète bronzé, suivi d'autopsie, en profita pour étudier les modifications subies par les différents organes dans le cours de cette maladie, et pour exposer les notions que nous possédons dans cette affection.

Nous allons suivre le Dr Marie dans cette étude et en relater les principaux passages.

Le malade qu'il put étudier dans son service, était âgé

de 51 ans. Jusqu'à 40 ans il avait joui d'une santé parfaite, mais en 1884 il s'adonna à de véritables excès alcooliques. Il eut à cette époque une bronchite pour laquelle il fut soigné pendant six mois à l'hôpital, puis il put reprendre son travail. En 1890, à l'hôpital Saint-Louis, on lui ouvrit un abcès du bras contenant un pus noirâtre. En décembre 1894 l'on constata l'apparition d'un œdème des jambes et d'un ballonnement survenus quinze jours après une attaque de grippe.

Il éprouvait en même temps une soif assez vive, ses urines étaient plus abondantes et les mictions plus fréquentes. L'appétit était augmenté. A partir de ce moment, son teint commence à se modifier.

A son entrée à l'hôpital, l'on remarquait un très grand amaigrissement. Les membres présentaient une gracilité extrême, le ventre était ballonné. Le foie, gros, douloureux à la percussion ; la rate volumineuse. Il n'existait qu'un léger degré d'ascite.

Il se plaignait de cauchemars, de fourmillements et de douleurs en éclair dans les jambes. Il y éprouvait une telle chaleur qu'il était obligé de se découvrir la nuit. Les réflexes rotuliens étaient abolis.

Avant l'analyse des urines, le diagnostic porté avait été de cirrhose alcoolique avec augmentation de volume du foie.

L'on fit cette analyse qui révéla de notables quantités de sucre. L'on fut également frappé de la sécheresse de la peau, de sa coloration brune, bronzée sur toute sa surface avec prédominance à la face, aux mains et aux parties génitales, et le diagnostic de *diabète bronzé* fut porté.

Les digestions chez ce malade étaient assez pénibles, surtout une heure ou deux après le repas. Le ballonne-

ment du ventre augmentait et déterminait une dyspnée qui le gênait beaucoup. Il souffrait également d'une insomnie persistante.

La quantité d'urine rendue était de 2 litres 1/2 à 3 litres 1/2 en vingt-quatre heures. La glycosurie de 40 à 50 grammes. Le malade était entré à l'hôpital le 19 mars 1895. Le 28 l'œdème avait augmenté et occupait non seulement les membres inférieurs, mais encore les bourses et la région inférieure de l'abdomen. L'affection avait évolué sans fièvre, mais le 15 avril on constata une température de 38°,4. Cette augmentation fut considérée comme due à l'aggravation de lésions tuberculeuses constatées aux deux poumons. Le réseau des veines sous-cutanées abdominales était très visible, beaucoup plus que lors de l'entrée du malade à l'hôpital.

A partir du 23 avril les événements se précipitèrent, le malade succomba le 29 avril.

L'étude du diabète bronzé nous apprend que cette affection ne se montre guère qu'entre 40 et 60 ans. Parmi les observations de cette affection que l'on put étudier et qui ne sont qu'au nombre de 10, l'on remarque que le plus jeune des malades atteint avait 37 ans, le plus vieux 61 ans. Cette maladie s'attaque surtout au sexe masculin. Quant aux *causes* qui la produisent, les renseignements que l'on possède à ce sujet sont à peu près nuls. L'alcoolisme pourtant l'a plusieurs fois déterminé.

Le *début* présente toujours une certaine brusquerie. Il est caractérisé tantôt par l'apparition des symptômes du diabète sucré : *sécheresse de la bouche et polydipsie, polyurie, polyphagie ;* tantôt par des troubles gastro-intestinaux *désordres gastriques* divers, diarrhée ; tantôt il apparaît à la suite d'affections de l'appareil respiratoire.

Parmi les *symptômes*, beaucoup reproduisent exactement ceux du *diabète sucré vulgaire*.

La *polyurie* pourtant n'atteint pas les chiffres énormes relevés dans les autres formes du diabète et oscille presque toujours entre 3 et 6 litres.

La *glycosurie* est variable suivant les différentes périodes de la maladie. Dans la période d'état, elle évolue entre 150 et 350 grammes par vingt-quatre heures. Plus tard et à mesure que l'on approche de la période terminale la quantité de sucre diminue (80, 60, 40 grammes) et dans les derniers jours va même jusqu'à disparaître.

Les symptômes abdominaux sont aussi très importants. Tout d'abord l'on remarque le ballonnement du ventre. Au début et à la période d'état, il n'existe que peu d'*ascite*; plus tard l'épanchement peut être de 5, 6 et 8 litres.

Le *foie* déborde en général les fausses côtes de plusieurs travers de doigt; il a une *dureté ligneuse*, et cette région hépatique présente une sensibilité exagérée à la palpation et à la percussion.

L'on n'observe pas chez ces malades d'ictère vrai; tout au plus une légère teinte subictérique. Les urines sont assez colorées.

Les veines sous-cutanées abdominales sont plus apparentes qu'à l'état normal, mais ne présentent pas un développement énorme.

La rate est *hypertrophiée*, mais ses dimensions n'atteignent pas les chiffres exagérés que l'on observe dans l'impaludisme.

Il existe *de la lenteur de la digestion*, *la diarrhée* alterne avec la *constipation*, mais plus l'affection fait de progrès, plus il y a de chances pour voir la diarrhée s'établir — elle est presque constante dans la période terminale.

L'amaigrissement est rapide; dans un cas de MM. Brault et Galliard, il avait été de 55 livres en six mois.

L'affaiblissement général oblige rapidement les malades à garder le lit.

Fréquemment aussi on observe de l'*œdème des membres inférieurs*.

Arrivons maintenant au signe pathognomonique du diabète bronzé : *à la pigmentation cutanée*. Elle est uniforme, c'est-à-dire qu'elle ne présente pas de taches plus ou moins étendues. Elle offre des maxima de coloration à la face, aux extrémités et aux organes génitaux. Les muqueuses ne sont pas atteintes par cette coloration.

La peau du malade est d'un bistre plus ou moins accusé. Tantôt elle est franchement brunâtre, tantôt elle a une intensité extraordinaire à reflets métalliques, tantôt encore la pigmentation est très peu marquée et peut passer inaperçue.

Cette affection présente encore des symptômes secondaires qui consistent dans l'*insomnie*, dans *la perte de la puissance génitale*, dans l'absence *des réflexes rotuliens*.

Sa durée est toujours rapide. Comme moyenne des observations, l'on trouve onze mois et demi avec chiffres extrêmes de deux ans et de cinq mois.

La marche de la maladie a lieu presque toujours de la façon suivante. L'affaiblissement général fait de rapides progrès, l'œdème des membres inférieurs s'accentue et tend à gagner l'abdomen ; l'ascite, d'abord peu abondante, atteint plusieurs litres et s'accompagne souvent de *purpura*. La température qui s'était maintenue normale s'élève à 38°,5, 39° et au-dessus. Enfin, dans les derniers jours, il y a disparition totale ou presque totale du sucre.

Anatomie pathologique. — *Le foie* est augmenté de

volume, il atteint 2.200 grammes. Sa forme est cubique ; *sa coloration* est d'un brun roux particulier, rappelant celle de la rouille ou du *vieux cuir brut*. *Les voies biliaires* sont parfaitement perméables. La vésicule ne contient pas de calculs, mais parfois la bile qui s'y trouve est tout à fait incolore.

L'intestin a une coloration d'un noir ardoise très marqué.

Le péritoine présente sur son feuillet pariétal une multitude de grains blanchâtres de la grosseur d'une tête d'épingle à une petite lentille qui sont de nature tuberculeuse.

La rate est augmentée de volume, indurée et atteinte de sclérose ; à sa surface se trouvent de petits fibromes. Sa coloration est d'un rouge brun qui rappelle celle du foie. L'on trouve également *les ganglions lymphatiques* provenant du mésentère de couleur « rouille » ; leur consistance est peu augmentée. Les ganglions du médiastin présentent également cette coloration.

Le pancréas est manifestement sclérosé ; il est également de couleur « rouille », son canal excréteur était parfaitement libre.

Rien de particulier aux *reins* et à la *vessie*.

Le cœur est petit et flasque ; son poids est de 325 grammes. Ses parois ont une teinte rouge jaunâtre assez prononcée.

L'aorte présente un certain degré d'athérome. L'atrophie du cœur que l'on remarque chez le malade de M. le Dr Marie est exceptionnelle — le plus souvent ce viscère a un volume normal ou même est dilaté.

Les poumons présentent des lésions de tuberculose ancienne. Sur certains points on remarque également des

noyaux très limités de broncho-pneumonie qui, rapprochés de ce qui a été dit des lésions péritonéales, font penser qu'un processus tuberculeux plus récent et plus aigu s'est greffé sur celui qui existait auparavant, limité aux poumons. La tuberculose pulmonaire est, du reste, assez fréquente dans le diabète bronzé.

Telles sont les principales lésions que l'on a pu constater à l'œil nu.

Le Dr Marie fait suivre cette étude d'une explication détaillée des altérations histologiques reconnues au microscope sur différents organes. Une des choses les plus intéressantes est la grande quantité de pigment ocre qui se trouve répartie sur eux tous.

Du côté du foie, l'on remarque que chaque lobule en est entouré, chaque cellule hépatique contient de ce pigment et en est quelquefois même complètement surchargée. Ce pigment est constitué par des grains fins juxtaposés les uns aux autres, de coloration ocre.

Pour le pancréas, l'on remarque une sclérose de la trame conjonctive avec dépôt plus ou moins abondant de ce pigment au niveau de la trame, et infiltration pigmentaire des cellules nobles du parenchyme.

Dans les ganglions lymphatiques, la surcharge pigmentaire masque presque entièrement la structure du ganglion. L'on en trouve aussi dans les reins mais à un faible degré, dans les cellules des tubes contournés. Le poumon en contient de petits amas. Dans le cœur le pigment se trouve au centre des fibres musculaires. L'on n'en trouve pas ou à peine dans l'intervalles de ces fibres et la sclérose interstitielle fait défaut.

Au point de vue de la pathogénie du diabète bronzé, le Dr Marie l'explique de la façon suivante :

Tout d'abord il faut se rendre compte de la nature du pigment ocre. M. Gilbert en avait déjà reconnu la nature ferrugineuse. Ce point étant acquis, d'où peut provenir une telle quantité de fer? Il ne semble pas que l'on puisse en chercher l'origine ailleurs que dans l'hémoglobine.

L'hémoglobine des tissus et celle du sang ont éprouvé une altération qui détermine la transformation du fer qu'elles contiennent en pigment ocre. « Il y a dissolution de l'hémoglobine du sang, sous l'influence d'une cause générale primitive; transformation de l'hémoglobine en granulations pigmentaires par action particulière du protoplasma cellulaire des organes (particulièrement démontrée pour la cellule hépatique et pour la cellule musculaire cardiaque); élimination exagérée et accumulation du pigment dans les organes par irritation et atrophie consécutive des cellules; élimination supplémentaire du pigment par la voie lymphatique, d'où, à la fois, irritation de ces voies lymphatiques avec production de la sclérose du tissu conjonctif interstitiel et surcharge pigmentaire des ganglions. »

Le Dr Marie ne partage pas, enfin, l'opinion des auteurs qui se sont occupés de cette affection, et qui la regardent comme un épiphénomène, comme un accident, comme une terminaison du diabète sucré vulgaire. Pour lui il s'agit d'une véritable entité clinique et anatomo-pathologique, d'une maladie à part.

Dr SILVA.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. De la tuberculose larvée des trois amygdales. — II. Sur un nouveau cas de méningite grippale. — III. Variolisation ancienne et moderne. — IV. Sur la richesse des huitres en phosphore.

I

(*Séance du* 30 *avril.*) — M. Dieulafoy, après avoir rappelé les deux formes principales de tuberculose de l'arrière-bouche et du pharynx, l'une aiguë, l'autre chronique, se présentant toutes deux sous l'apparence de granulations, d'infiltrations et d'ulcérations plus ou moins profondes, plus ou moins étendues, décrit une troisième forme naso-palato-pharyngée qui serait la plus fréquente. Cette tuberculose n'est ni granuleuse, ni ulcéreuse, elle n'est point douloureuse et peut rester ignorée jusqu'au jour où elle révèle sa présence par quelques troubles fonctionnels, d'apparence les plus bénins, mais elle n'en est pas moins fort redoutable car elle est parfois la porte d'entrée de tuberculose généralisée et de phtisie pulmonaire.

Cette tuberculose à forme torpide, larvée, presque latente, a pour siège de prédilection le tissu adénoïde de la région naso-pharyngée. Elle révèle sa présence par un développement, par une exubérance plus ou moins considérable des amas lymphoïdes de cette région; c'est-à-

dire par l'hypertrophie d'une ou de plusieurs amygdales : amygdales palatines et amygdale pharyngée. Pour ce qui est de l'amygdale pharyngée, la lésion tuberculeuse se confond avec la lésion décrite sous le nom de végétations adénoïdes. Pour ce qui est des amygdales palatines, la lésion tuberculeuse se confond avec la maladie décrite sous le nom d'hypertrophie simple ou hypertrophie adénoïde des amygdales. Rien ne rappelle la nature bacillaire de la lésion amygdalienne; il ne s'agit ni de granulations ni d'ulcérations, mais d'hypertrophie simple en apparence, hypertrophie légère, parfois intense et déterminant les symptômes bien connus des végétations adénoïdes et de l'hypertrophie amygdalienne. Pour démontrer ce fait, M. Dieulafoy a fait recueillir une centaine d'amygdales et de végétations adénoïdes qui ont été inoculées par fragments à des cobayes.

Dans une première série de 6 cas, des fragments d'amygdales hypertrophiées ont donné des chancres tuberculeux et une tuberculose généralisée consécutive. Dans une deuxième série de 3 cas, des débris de végétations adénoïdes ont donné le même résultat.

Une troisième série comprend 2 cas où il y a eu tuberculose généralisée sans chancre, à la suite d'inoculation d'amygdales hypertrophiées et 4 cas où le résultat a été le même à la suite de végétations adénoïdes.

Au total 96 cobayes ont été inoculés, 61 avec des fragments d'amygdales et 35 avec des fragments de tissu adénoïde.

Sur les 61 de la première série M. Dieulafoy a obtenu 8 tuberculoses (soit 12 p. 100). Sur les 35 autres il y a eu 7 tuberculoses (soit 20 p. 100). Il ressort donc de ces expériences que bon nombre de cas d'hypertrophies amyg-

daliennes et de végétations adénoïdes ne sont autre chose qu'une des formes larvées de la tuberculose. Quelle est donc la cause de cette tuberculose et par quelle voie le bacille aborde-t-il le tissu adénoïde des trois amygdales?

Pour les auteurs allemands la tuberculose amygdalienne serait *secondaire*, les phthisiques infecteraient leurs amygdales par leurs propres crachats.

Dans les faits observés par M. Dieulafoy la tuberculose est bien *primitive* et nullement consécutive à une tuberculose pulmonaire. Il est permis de supposer, dit-il, que les jeunes sujets atteints de cette tuberculose ont hérité du *terrain* tuberculeux prêt à recevoir le bacille. Que ce jeune sujet, déjà prédisposé, vive dans un milieu où règne la tuberculose, ou que ce bacille pénètre avec les aliments et la porte d'entrée est ouverte.

Le bacille installé dans le tissu lymphoïde des amygdales provoque une suractivité fonctionnelle, une multiplication de phagocytes qui donnent aux amygdales un volume parfois considérable et parfois si restreint qu'il peut passer inaperçu. Elle serait la première étape de cette tuberculose larvée amygdalienne. Dans bien des cas cette étape n'est pas franchie ; au bout de quelques mois ou de quelques années, la réaction phagocytaire prend le dessus, le tissu amygdalien devient fibroïde, induré, l'organe diminue de volume, et, comme dans nombre de tuberculoses locales, la guérison peut s'accomplir et s'accomplit sans que l'infection tuberculeuse se soit généralisée.

Malheureusement, dans beaucoup d'autres circonstances cette première étape est franchie. Après avoir séjourné dans le tissu des amygdales le bacille pénètre dans le réseau lymphatique qui fait suite aux amygdales,

et cette seconde étape se traduit par l'apparition de ganglions, à la région sous-maxillaire et à la région cervicale.

L'arrivée du bacille dans le poumon constitue la troisième étape, M. Chauveau rappelle qu'il a communiqué, il y a près de trente ans à l'Académie, plusieurs observations qui confirment les faits rapportés par M. Dieufaloy. Ces observations prouvaient que chez les animaux de l'espèce bovine auxquels on fait ingérer des aliments tuberculeux, l'infection peut se faire par inoculation au niveau du tissu adénoïde de la base de la langue ou de l'isthme du gosier.

Comme traitement M. Dieulafoy insiste surtout sur les moyens prophylactiques. Soustraire l'enfant prédisposé à l'atmosphère tuberculeuse, car il croit bien rares les cas de contamination par l'ingestion de produits bacillaires, le faire vivre au grand air. Le séjour au bord de la mer, l'air marin ont une action puissante.

Sur 1.293 cas d'engorgements ganglionnaires cervicaux et maxillaires, entrés à l'hôpital de Berck, on a obtenu dans 900 cas la disparition de ces engorgements ganglionnaires.

Au point de vue du traitement chirurgical il hésite entre l'ablation, la cautérisation, la destruction au galvanocautère. Dans un cas M. Lermoyez n'a-t-il pas perdu un malade de tuberculose pulmonaire à marche rapide survenue après l'ablation de végétations adénoïdes alors que ce malade ne paraissait nullement tuberculeux avant l'intervention !

Dans la séance du 14 mai M. le professeur Cornil est venu rassurer les parents (et ils sont nombreux) dont les

enfants ont été opérés pour des végétations adénoïdes ou des amygdales hypertrophiées. M. Cornil a examiné une série de végétations adénoïdes sans jamais avoir trouvé de traces de processus tuberculeux. MM. Chatellier, Cuvilier, Luc et Dubief n'en ont pas vu davantage.

Sur 40 opérations de végétations adénoïdes faites à l'hôpital Trousseau par M. Broca, M. Pilliet, en examinant toutes les pièces, n'a pas trouvé une seule cellule géante. De même que dans l'examen d'un grand nombre d'amygdales, M. Cornil n'a jamais trouvé de cellules géantes ni de bacilles. M. Cornil croit que M. Dieulafoy, en inoculant aux cobayes des fragments adénoïdes et amygdaliens, leur a donné une pseudo-tuberculose due aux microbes multiples contenus dans les cryptes amygdaliens, et il reproche à M. Dieulafoy de n'avoir pas fait l'examen histologique et bactériologique des tubercules résultant de ses expériences. Comme conclusion, M. Cornil croit qu'il est difficile d'admettre que les amygdales palatines hypertrophiées des enfants soient dues à un processus tuberculeux, et que s'il existe des hypertrophies amygdaliennes avec tubercules, cela doit être une rarissime complication. Les végétations adénoïdes sont quelquefois le siège de tubercules, mais dans une proportion moindre que celle indiquée par M. Dieulafoy, et on les observe surtout lorsque les enfants sont de *souche tuberculeuse*.

Dans la séance du 21, M. Grancher trouve qu'il n'y a pas, entre MM. Cornil et Dieulafoy, un désaccord aussi grand qu'il semble au premier abord, et que tous deux ont dit des choses vraies.

M. Dieulafoy a effectivement tuberculisé des cobayes en leur inoculant des fragments d'amygdale hypertro-

phiée. A l'inoculation sous-cutanée a succédé dans le temps réglementaire le chancre avec les bacilles spécifiques, puis l'adénopathie et les lésions viscérales. C'est bien là de la tuberculose expérimentale, et si, dit M. Grancher, M. Dieulafoy se fût contenté de dire qu'avec des amygdales simplement hypertrophiées, il avait donné la tuberculose, sa conclusion eût été inattaquable, mais il n'est pas en droit d'affirmer que ces amygdales étaient tuberculeuses, puisque l'examen histologique n'a pas été fait. Ce fait prouve qu'il existe chez des sujets sains, au niveau des amygdales, ainsi que M. Strauss l'a montré pour les cavités nasales, des bacilles de Koch.

II

Dans la séance du 7 mai, M. Cornil a communiqué un nouveau fait de méningite grippale qui s'est terminé par la mort et qui a été suivi d'autopsie.

Il s'agit d'une femme de 50 ans, marchande des quatre saisons, sans antécédents alcooliques. Elle fut prise brusquement, le 10 avril, de fièvre, de courbature générale, de céphalalgie. Elle resta à peu près dans le même état jusqu'au 17, jour où elle entra à l'Hôtel-Dieu. A son entrée, elle était très agitée, cherchant à sortir de son lit, jetant de côté et d'autre ses bras et ses jambes. Elle répond, sans embarras de la parole, mais sans suite. Elle se plaint de violentes douleurs de tête surtout au niveau du front. La température est à 39° ; le pouls régulier à 109 ; le cœur normal. La sonorité des poumons est un peu diminuée aux bases où l'on entend des râles muqueux et sibilants disséminés.

La peau des membres est couverte de petites taches de

purpura, grosses comme une tête d'épingle, de couleur rouge foncé, bien limitées, sans saillie.

Les jours suivants, la malade est plus calme, mais son état de dépression cérébrale s'aggrave et devient un véritable coma avec stertor. La bouche paraît un peu déviée à gauche ; quand on la pince, la joue gauche se contracte plus que la droite. Cas d'inégalité pupillaire. L'urine ne contient ni sucre ni albumine. La température axillaire oscille entre 37°,5 et 38°. La malade meurt le 24 avril dans le coma complet avec incontinence d'urine et des matières fécales.

A l'autopsie on trouve de la méningite de la convexité avec sérosité purulente, dans laquelle M. Cornil n'a trouvé ni bactéries de la suppuration, ni bacilles de la grippe.

III

Séance du 24 mai. — M. Hervieux fait une communication sur l'histoire de la variolisation et sur les nombreux accidents qui peuvent résulter de cette pratique.

La variolisation existe depuis un temps immémorial en Chine ; dans l'Inde, en Egypte, en Ethiopie, la même pratique existe depuis des siècles.

En 1559 elle apparut en Grèce, puis vint à Constantinople où la première inoculation fut pratiquée en 1673. En 1715 la méthode fut emportée à Venise. En France elle paraît l'avoir été vers le commencement du XVIII^e siècle. En 1732, puis en 1758, La Condamine publie plusieurs rapports sur cette méthode qui se répandit surtout à partir de ce moment.

L'inoculation est en général pratiquée de la façon suivante : par la peau, surtout à la main gauche, l'opérateur

fait 4 ou 5 incisions avec un couteau ou une épine, puis il y insère un peu de pus provenant d'une pustule variolique. Dans certaines régions l'incision est faite sur la tempe. En Europe on se servait de la lancette ou même d'une épingle recouverte de pus variolique.

En Grèce on imbibait un faisceau de fils du contenu de plusieurs pustules varioliques, puis on passait ce faisceau à la manière d'un séton dans le mollet de l'individu. Dans d'autres pays on appliquait un vésicatoire, puis on déposait sur la surface à vif du pus variolique.

En Angleterre on opérait surtout par grattage. En Turquie on faisait absorber des croûtes varioliques avec les aliments.

Actuellement cette pratique existe encore dans certaines parties de l'Asie et de l'Afrique.

C'est en général le cinquième jour de l'évolution de la pustule que le pus destiné aux inoculations est recueilli.

Inutile d'ajouter que c'est une méthode dangereuse qui donne lieu à de nombreux accidents : suppurations diffuses, cécité, surdité, ulcérations diverses, accidents syphilitiques, cachexie, etc.

IV

M. Chatin communique le résultat de ses recherches, qu'il vient d'entreprendre en collaboration avec M. Müntz, sur la richesse des huîtres en phosphore.

On savait déjà que les coquilles d'huîtres renfermaient une grande quantité de phosphore ; mais on ignorait, ce que viennent de démontrer MM. Chatin et Müntz, que la chair des huîtres contient une notable proportion de phosphore sous forme de phosphate tribasique. Ce sont surtout les huîtres portugaises qui en sont riches : ainsi,

une douzaine de ces huîtres contient 0 gr. 4 d'acide phosphorique, représentant 1 gramme de phosphate tribasique de chaux ; l'huître de France en renferme un tiers en moins et les coquilles la moitié moins encore. Ainsi les huîtres qui sont très riches en fer et en azote, le sont aussi en phosphore qui en forme une des parties constituantes.

M. A. Gautier rappelle que beaucoup d'autres aliments que nous fournit la mer sont chargés de phosphore combiné ou organique, et que dans ses recherches sur l'huile de foie de morue, il a trouvé que ce médicament contient non seulement des alcaloïdes qui en seraient, d'après lui, la partie la plus active, mais aussi une notable proportion d'acide phosphoglycérique, provenant du dédoublement des lécithines qu'on rencontre en abondance dans le foie et les centres nerveux.

Dr Crépel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. — Rougeole et pavillon d'isolement. — II. Traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphthol camphré. — III. Douleurs violentes d'estomac dans un cas de cancer guéries par une laparotomie exploratrice. — IV. Cystite du col par l'emploi du bicarbonate de soude. — V. Mécanisme de l'asystolie hépatique. — VI. Observation de fièvre intermittente tierce, d'origine parisienne, avec hypertrophie énorme de la rate.

I

(*Séance du 26 avril.*) — M. le Dr Comby, est chargé du

service de la rougeole à l'hôpital Trousseau. Il y existe un pavillon d'isolement pour les petits malades atteints de cette affection. M. Comby voudrait, en outre, qu'il y eut des salles de *douteux* en nombre suffisant pour que des malades atteints d'éruptions voisines de la rougeole (roséole et rubéole) puissent échapper à la contagion.

A l'appui de son opinion il rapporte deux observations de contagion de la rougeole, avec une mort.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant de dix mois amené à l'hôpital pour une roséole et placé dans le pavillon de la rougeole. Après dix-neuf jours de séjour, lorsque l'enfant allait très bien, il fut pris de rougeole avec broncho-pneumonie et mourut au bout de sept jours malgré les bains froids. Dans le second cas, il s'agissait d'une petite fille de 4 ans, envoyée d'un autre service pour une éruption, qui prend la rougeole dans le pavillon.

Il y aurait donc lieu d'avoir quelques chambres pour mettre en observation les cas douteux.

En outre, depuis que l'on a retiré les stagiaires du service de l'hôpital Trousseau, le chef du service n'a à sa disposition qu'un interne et cinq externes pour faire deux consultations de 100 à 120 malades, et tout le service des salles et du pavillon, ce qui est insuffisant.

II

(*Séance du* 3 *mai.*) — M. Catrin voulait essayer les injections de naphthol camphré dans la péritonite tuberculeuse, suivant la méthode indiquée par le Dr Rendu; il vient d'avoir 3 cas dans son service et il a choisi le plus malade pour faire cette expérience. Il s'agissait d'un homme ayant des lésions tuberculeuses pulmonaires assez avancées surtout à gauche, des sueurs, de la fièvre, un état

assez inquiétant. Du côté du ventre l'ascite était assez considérable pour nécessiter une première ponction qui permet de retirer plus de quatre litres de liquides : 2 grammes injectés dans le péritoine d'un cobaye ont amené une péritonite tuberculeuse quoique du bouillon ensemencé avec le même liquide soit resté stérile. Quinze jours après, nouvelle ponction amenant la même quantité de liquide, suivie d'une injection de 10 à 12 grammes de naphthol camphré. Après l'injection réaction assez vive ; depuis il y a eu une amélioration notable du côté du péritoine.

M. RENDU saisit cette occasion pour parler des trois malades qu'il a soignés avec cette méthode de traitement.

« Deux vivent encore et sont bien portantes : l'une d'elles m'a écrit au 1er janvier dernier, d'un département de Normandie, pour me dire qu'elle était absolument guérie. La troisième, qui fait le sujet de ma première communication, après être restée six mois dans mon service, est entrée comme domestique dans une famille que je connaissais, et j'ai pu continuer à avoir de ses nouvelles. Pendant cinq mois elle s'est parfaitement portée ; puis, sans cause connue, elle a vu apparaître sur le sternum un gonflement qui s'est abcédé et a donné lieu à une ulcération osseuse, évidemment de nature tuberculeuse. Elle vint se faire soigner à Necker, dans le service de M. Le Dentu, qui lui fit subir une opération de grattage du sternum : la plaie guérit partiellement, mais resta fistuleuse. Bientôt, la santé générale s'altéra, l'appétit se perdit, et une diarrhée chronique s'installa pendant plusieurs semaines. Elle mourut cachectique en novembre 1894, avec de l'albuminurie.

« L'autopsie, à laquelle M. Le Dentu me fit obligeamment assister, révéla les lésions suivantes :

« Quelques tubercules pulmonaires isolés ; carie tuberculeuse étendue à tout le sternum. Dégénérescences viscérales multiples ; les reins et le foie, notamment, sont graisseux et stéatosés : l'intestin, pâle et comme lavé, présente des altérations d'entérite chronique, mais pas d'ulcérations ni de tubercules. Somme toute, la malade a succombé aux conséquences d'une suppuration prolongée.

« L'état du péritoine était particulièrement intéressant à vérifier. Il présentait l'aspect et la coloration des inflammations chroniques des séreuses, épaissi et de couleur ardoisée, sur certains points noirâtre. Les franges épiploïques intestinales étaient rétractées et transformées en pelotons fibreux. Mais nulle part il n'y avait de gâteau péritonéal ni d'empâtement caséeux. Toute trace de tubercule avait disparu, les anses intestinales jouaient librement, sans être rattachées par des adhérences fibreuses ; en un mot, la guérison de la péritonite était aussi complète que possible. Il ne restait qu'un témoin du processus tuberculeux antérieur : c'étaient une dizaine de ganglions mésentériques, variant du volume d'un pois à celui d'un haricot, qui étaient enkystés dans de petites masses fibreuses de teinte ardoisée ; en les sectionnant, le centre du ganglion était caséeux ; mais là, encore, la lésion était éteinte et la régression presque complète. »

A la séance suivante (10 *mai*), M. NETTER vient apporter un fait tendant à prouver les dangers de ces injections au moins chez les enfants.

Il avait d'abord employé ce moyen chez deux enfants dont l'un est mort de fièvre hectique et de consomption

quelque temps après l'injection de naphtol camphré, dont l'autre a guéri, mais était atteint de péritonite cloisonnée, dans une des poches de laquelle il injecta seulement 1 gr. 50 de naphtol.

Chez un troisième malade, petite fillette de 7 ans, chez laquelle M. Moizard et M. Jalaguier avaient fait le diagnostic péritonite tuberculeuse, une ponction amena l'issue de 3.500 grammes d'un liquide citrin assez limpide ; on fit pénétrer par la canule un peu moins de 5 grammes de naphtol camphré.

« Environ trois quarts d'heure après la ponction, l'enfant présente une agitation extrême, puis elle est prise d'une forte crise rappelant de loin l'éclampsie : yeux hagards, fixes, raideur musculaire générale, contracture, un peu d'opistothonos, soubresaut des tendons, mâchonnements, écume sanguinolente aux lèvres. L'enfant doit être contenue par plusieurs personnes qui l'empêchent de sauter hors du lit.

« On défait le pansement, chloroforme, injection d'éther, position déclive de la tête.

« L'enfant respirant mal, respiration artificielle, oxygène.

« Naturellement effrayé de ces accidents qui semblent être sous la dépendance du liquide injecté, M. Griner, mon interne, cherche à retirer le naphtol camphré. Il introduit dans le péritoine 1 litre d'eau boriquée bouillie. Ce litre est retiré par l'aspiration. Il n'a pas l'odeur de camphre.

« Au bout de quelques moments, la crise cède ; la respiration se rétablit, le pouls fréquent et petit pendant la crise redevient régulier mais reste faible, un peu lent. Vomissements peu abondants. Le liquide vomi est spu-

meux, analogue à de l'expectoration albumineuse. Il est en petite quantité.

« Deuxième crise un quart d'heure après ; mêmes symptômes, suivis encore d'un petit vomissement.

« Jusqu'à deux heures, les crises violentes se succèdent à dix minutes d'intervalle. Elles deviennent ensuite plus espacées et moins violentes. Il n'y a plus de vomissements.

« La respiration devient de plus en plus embarrassée. La mort survient dans la soirée. »

L'autopsie démontra qu'il ne s'agissait pas d'une péritonite tuberculeuse et que le foie était atteint de cirrhose.

M. Netter considère que les accidents, qui sont survenus et ont amené la mort de la petite malade, sont dus à une intoxication par le liquide injecté et probablement par le camphre. Ces accidents sont en effet analogues à ceux que Le Gendre a observés chez les animaux à la suite d'injection de naphtol camphré dans la plèvre et le péritoine.

M. Rendu pense que le cas malheureux du Dr Netter ne doit pas faire rejeter ce mode de traitement ; il y aura lieu de se souvenir seulement que l'on devra employer une faible dose chez les enfants et qu'il faudra tenir compte de l'état du foie.

III

M. Mathieu rapporte, au nom de M. Quenu, chirurgien de l'hôpital Cochin, l'observation d'un jeune homme de 25 ans, présentant des troubles dyspeptiques avec douleurs très intenses. Le diagnostic de cancer de l'estomac ayant été porté, on pria M. Quenu de faire la laparotomie.

L'ouverture de l'abdomen montra disséminées sur le péritoine un grand nombre de nodosités blanchâtres d'aspect cancéreux ; il existait une plaque au niveau de la petite courbure. L'état de dissémination ne permettait pas de tenter une opération curative et l'abdomen fut refermé ; mais, chose vraiment extraordinaire, cette laparotomie exploratrice fut suivie de la disparition complète des douleurs, du retour de l'appétit, amélioration qui persista jusqu'à la mort du malade enlevé par la diarrhée.

Dans la discussion qui a suivi cette observation intéressante, M. Hayem étant venu à dire que ces douleurs d'estomac sont souvent amenées par les traitements médicamenteux suivis par les malades, M. Le Gendre a rapporté l'histoire d'un bébé de 5 semaines qu'il vient de soigner et qui pour des troubles de digestion avait absorbé successivement de la belladone, de l'aconit, de la codéine et un élixir à la cocaïne. Les vomissements ne cessaient pas, et les cris de douleur arrachés par la gastralgie n'avaient disparu que parce que l'enfant était tombé dans un état comateux alternant avec des manifestations éclamptiques. Il eut bien du mal à le guérir.

IV

(*Séance du 17 mai.*) M. Mathieu a reçu d'un confrère son auto-observation à propos des cystites du col causées par l'ingestion du bicarbonate de soude à haute dose.

Ce confrère atteint de pyrosis se mit au bicarbonate de soude à doses progressives, de sorte que de 8 à 9 grammes par jour en octobre 1894, il était arrivé en mars à la dose de 25 grammes.

« Ces doses étaient ingérées en quatre prises, l'une immédiatement après le repas, l'autre environ deux heu-

res après. Jusqu'à la mi-février je n'éprouvai aucun malaise. A cette époque, je commençai à avoir des envies de plus en plus fréquentes d'uriner, c'était de la pollakiurie et, en même temps de la polyurie : urines claires et limpides d'acidité normale. Au bout d'un mois de cet état de choses, c'est-à-dire vers le milieu de mars, je commençai à éprouver les premiers symptômes de cystite aiguë du col : envies d'uriner extrêmement fréquentes, douleurs de plus en plus aiguës au début et à la fin de la miction, etc., etc.

« Les urines en très petite quantité à chaque miction étaient toujours extrêmement limpides et plutôt hyperacides (il est vrai que je ne me rappelle pas à quelle distance de mes ingestions de bicarbonate de soude je les analysais).

« Le 31 mars seulement, je lisais votre communication à la Société médicale des hôpitaux et pensais immédiatement à incriminer le bicarbonate de soude. Je cessai d'en prendre le 1er avril; le lendemain les douleurs disparaissaient; le 3 avril, tous les symptômes vésicaux avaient disparu. »

Il y a à retenir dans cette observation l'état d'acidité des urines malgré les doses énormes de bicarbonate de soude qui étaient ingérées.

V

(*Séance du* 24 *mars.*) M. Hanot a depuis longtemps décrit sous le nom d'*asystolie hépatique*, des cas où les malades, atteints de maladies du cœur à la période asystolique, présentaient seulement des symptômes de congestion hépatique, les autres signes de l'asystolie faisant défaut ou étant très peu marqués.

Cette particularité avait, du reste, été signalée, il y a longtemps, par Andral.

M. Hanot ne savait pas comment expliquer ces cas et se demandait « si elle ne résultait pas d'un mode irrégulier d'abouchement des veines sus-hépatiques dans la veine cave inférieure ».

Il vient d'observer une malade morte dans son service, atteinte d'affection mitrale et ayant présenté une ascite considérable avec peu ou pas d'œdème malléolaire ; cette ascite nécessita deux ponctions rapprochées.

A l'autopsie, on trouva des particularités dans les dimensions des veines sus-hépatiques et dans leur mode d'abouchement dans la veine cave.

« Le calibre des veines sus-hépatiques est tout à fait insolite et disproportionné avec le volume relativement médiocre du foie : trois grands orifices béants, convergeant dans le sinus de la veine cave, constituent l'abouchement des trois troncs principaux sus-hépatiques : le plus considérable, celui du lobe droit, mesure 19 millimètres de diamètre; après lui, vient l'orifice du tronc gauche, qui mesure 14 millimètres de diamètre ; enfin, entre les deux, on en remarque un troisième, assez large encore (14 millimètres) et un plus petit (5 millimètres) ; ces quatre canaux veineux s'enfoncent comme des puits dans le parenchyme hépatique et s'y divisent en branches également volumineuses.

« Ces dimensions anomales des veines sus-hépatiques contrastent singulièrement avec le calibre de la veine cave inférieure : celle-ci, en effet, au niveau du confluent, ne mesure que 21 millimètres de diamètre, de telle sorte que la superficie de section de ce vaisseau est deux fois et demie plus petite que celle de ses quatre affluents totalisés.

« Le second fait à noter est le mode d'abouchement de ces vaisseaux ; l'angle de confluence est extrêmement aigu de façon que le faisceau des veines sus-hépatiques paraît se combiner directement avec les tissus de la veine cave, et avec l'oreillette droite qui est si voisine. Il semble, en un mot, qu'il existe un gros vaisseau cardio-hépatique qui canalise le courant sanguin principal et que sur ce faisceau vient se greffer un tronc secondaire, la veine cave inférieure. »

M. HAYEM rapporte une observation analogue.

VI

M. DU CAZAL lit une observation de fièvre intermittente à type tierce, chez un soldat breton de 22 ans, à Paris depuis six mois. Il vint à l'hôpital pour des malaises abdominaux mal définis ; le médecin de son régiment le croyait atteint de péritonite tuberculeuse.

Le 9 mai, M. du Cazal le trouve en pleine fièvre 40°, se plaignant d'une vive douleur dans le côté gauche de l'abdomen. A ce niveau, on constate une « tumeur volumineuse, bosselée, rénittente et qui descend plus bas que l'ombilic ».

Le soir, la fièvre était tombée à 37° ; le 10, apyrexie.

Le 11 mai, frissons pendant la nuit, recrudescence des douleurs abdominales, température de 40° ; le soir 36°.8, le 12 apyrexie.

M. DU CAZAL ajoute : « Une troisième élévation de température qui survint le 13, en tout semblable aux précédentes, m'ouvrit les yeux et me fit penser que nous pourrions bien avoir affaire à une fièvre intermittente tierce, que les frissons survenant pendant la nuit pourraient bien n'être que le frisson initial de l'accès ; que la

tumeur, dont la nature nous avait si fort intrigués, pourrait n'être que la rate colossalement hypertrophiée, et qu'enfin la douleur était due sans doute à la violente et rapide distension de la capsule splénique.

« En examinant alors la tumeur avec soin, je m'assurai qu'elle se continuait avec la rate ; celle-ci mesurait à ce moment 18 centimètres de largeur sur 20 à 22 centimètres de hauteur et descendait, je le répète, plus bas que l'ombilic.

« Pour assurer ce diagnostic, je laissai venir un quatrième accès qui fut exact au rendez-vous, le 15 au matin. La température monta à 40° en s'accompagnant des mêmes phénomènes généraux.

« Je donnai alors la quinine qui arrêta net la maladie ; depuis le 16, jour où le malade a pris sa première dose, la fièvre n'a pas reparu et la rate a si vite diminué de volume, qu'aujourd'hui, huit jours après, elle a repris ses proportions normales. »

Nous avons reproduit cette observation parce qu'elle est intéressante, à cause du gonflement énorme de la rate qui ne se rencontre pas souvent dans des cas aigus de fièvre intermittente.

Il nous semble que M. Du Cazal aurait pu donner le sulfate de quinine, dès qu'il a eu fait le diagnostic et qu'il n'avait pas besoin d'attendre ce quatrième accès, qui aurait pu enlever le malade et qui ne serait pas venu, si le médicament avait été donné après le 3e accès, moment où le diagnostic était complètement fait.

La vie des malades doit passer avant les expériences et il nous semble que le devoir du médecin est de la protéger avant tout et d'agir lorsqu'il existe une indication

évidente ; or, il n'en est pas de plus évidente que celle qui existe dans la fièvre intermittente au sujet de l'emploi du sulfate de quinine.

D^r Marc Jousset.

VARIÉTÉS

Les aliénés homicides

L'assassinat de l'abbé de Broglie par une femme *probablement* folle, a réveillé la question des *aliénés criminels.* En présence des appréciations plus ou moins justes de la presse politique, en présence surtout de la loi sur la réclusion des aliénés présentée à la Chambre, nous avons cru qu'il était utile d'intervenir dans la question et, autant que possible, d'en préciser les termes.

Les aliénés homicides se divisent en deux classes : ceux qui obéissent à une *impulsion irrésistible* et ceux qui commettent leur acte criminel sous l'empire d'*idées délirantes* et d'*hallucinations.*

Les aliénés homicides par impulsion se subdivisent en deux catégories, ceux qui sont victimes d'*impulsion automatique* et ceux qui sont poussés par une *impulsion anxieuse.*

Les premiers sont des épileptiques. Ils tuent le plus souvent après une attaque de *petit mal;* ils n'ont pas conscience de ce qu'ils font et ils en conservent un souvenir très confus. Si rien ne les arrête, ils font habituellement plusieurs victimes et leurs meurtres sont empreints

d'une violence et d'une férocité qu'on ne retrouve pas chez les autres aliénés.

Les aliénés homicides par *impulsion anxieuse* sont des fous ou des hystériques. Ils ont conscience de ce qu'ils font ils résistent plus ou moins longtemps à leur impulsion, ils en souffrent et une fois l'acte accompli ils éprouvent une détente et un calme qui contraste avec l'acte criminel qu'ils viennent d'accomplir.

Les aliénés de la seconde classe obéissent à des *idées délirantes* et à des *hallucinations* en rapport avec ces idées. C'est le *délire* de *persécution* qui agit le plus habituellement dans ces cas. D'autres fois c'est un délire *religieux*, témoin ces aliénés qui tuent des enfants pour les envoyer au ciel.

Presque toujours ces idées délirantes s'accompagnent d'hallucinations de l'ouïe et le malade entend très distinctement une voix qui le poursuit en répétant : « tue, tue » et il tue.

Ces malades peuvent-ils guérir ? Au point de vue scientifique, je réponds : oui, ils peuvent guérir. Mais au point de vue social, je réponds, non. Pourquoi ?

Parce qu'il n'existe aucun signe certain de guérison, et que, d'ailleurs, ce sont des maladies qui marchent par *accès* et tel qui pourra être parfaitement guéri pendant un an et plus, retombera, sans que le plus souvent on puisse le prévoir et le premier symptôme de la rechute sera un nouveau meurtre.

La conclusion qui ressort absolument de ce qui précède c'est que les aliénés homicides doivent être condamnés à une réclusion perpétuelle.

Les gens du monde ont de la peine à comprendre qu'on prive à jamais de sa liberté un malheureux qui a commis

un meurtre *dont il n'est pas responsable*. Mais ici la réclusion n'est pas un châtiment ; c'est une mesure que la société doit prendre dans l'intérêt de tous, même du meurtrier involontaire. L'aliéné homicide doit être dans l'impossibilité absolue de nuire.

Le Dr Daremberg écrivait il y a quelques jours dans les *Débats* : L'aliéné assassin est une bête fauve, il faut la détruire. C'est là une boutade malheureuse. L'aliéné n'est pas une bête fauve ; c'est un *malade* ; comme tel il a droit à notre pitié. Mais nous devons mettre la société et lui à l'abri d'un nouveau malheur.

Donc la réclusion perpétuelle et effective doit être appliquée à l'aliéné homicide ; et c'est cette solution que nous demandons à nos législateurs.

Dr P. Jousset.

TABLE DES MATIÈRES

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*

L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MEDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE	NOSOGRAPHIE
ANATOMIE	ÉTIOLOGIE
PHYSIOLOGIE	SÉMÉIOTIQUE
HYGIÈNE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

QUARANTE ET UNIÈME ANNÉE
TOME LXXXI

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
241, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 241

1895

L'ART MÉDICAL

JUILLET 1895

MÉDECINE PRATIQUE

TROPHONÉVROSES TÉGUMENTAIRES. — PRURIT ET PRURIGOS.

On désigne sous le nom de prurit, une névrose des nerfs de la peau, caractérisée par des démangeaisons, plus ou moins violentes, qui ne sont pas causées par des lésions cutanées antérieures et appréciables. C'est le *prurigo sine prurigo* des anciens.

Certains auteurs, tels que Brocq, Leloir et la plupart des jeunes dermatologistes de l'hôpital Saint-Louis, considèrent le prurit comme *maladie cutanée essentielle*. Il nous est difficile de souscrire entièrement à cette manière de voir, parce que nous croyons encore que la plupart des *affections* cutanées sont conditionnées par les maladies constitutionnelles ou par les diathèses. Dans l'espèce, il semble que le *prurit essentiel* offre presque toujours pour *substratum* un organisme herpétique ou goutteux. Mais ce qui est certain, c'est que dans le vrai prurit, la lésion cutanée prémonitoire fait complètement défaut.

Maintenant, nous reconnaîtrons volontiers avec M. Besnier, qu'actuellement le terme de *névrose* ne saurait recevoir une dénomination ferme. Toutes les conceptions anciennes de trouble fonctionnel pur sont périmées; chaque jour, les progrès de l'anatomie et de la physiologie pathologique du système nerveux montrent des

altérations matérielles, soit du tissu nerveux lui-même, aux centres ou à la périphérie, soit des altérations de son irrigation sanguine, des actions toxiques, là où on ne soupçonnait l'existence d'aucun trouble physique; il y a encore de nombreuses découvertes à faire dans cette voie.

En ce qui concerne le tégument externe, il reste beaucoup à apprendre sur l'anatomie et la physiologie des nerfs cutanés, sur l'innervation épidermique, et l'on sait à n'en pas douter que la plupart des névroses traditionnelles sont attachées à des lésions nerveuses périphériques, intermédiaires ou centrales. Ce n'est donc pas au moment où la classe des névroses tend à se diminuer de jour en jour, qu'il convient absolument d'en créer de nouvelles. Pourtant nous croyons devoir maintenir le bien fondé de notre définition, au moins jusqu'au jour plus ou moins prochain où les progrès de la science nous la feront modifier.

Kaposi distingue trois formes de névroses cutanées différentes : les névroses de la motilité, les névroses vasomotrices ou trophiques, les névroses de la sensibilité. Ces dernières seules ressortissent à notre travail. Nous ne dirons donc que peu de choses des deux première formes.

A. *Névroses de la motilité.* — Comme type de cette forme il faut citer la *peau ansérine* ou *chair de poule*, cet état si connu qui consiste dans l'érection des follicules pileux sous forme de petites papules dures, pointues, recouvertes de légères squames ou traversées par un poil, et que l'on observe au tronc et surtout aux membres du côté de l'*extension*. Cet état résulte de la contraction des fibres lisses des follicules, conséquence d'une irritation directe ou indirecte des nerfs cutanés; directe, par de

brusques changements de température, par le passage du chaud au froid, toutes circonstances qui peuvent agir également sur d'autres muscles du corps et déterminer le frisson, le tremblement, des inspirations profondes et brusques ; c'est ce qu'on observe, par exemple, quand on passe sous une douche froide, quand on entre dans un bain chaud ; indirect, par réflexe cérébral, dans le cas d'émotions morales, de frayeur, d'impressions réelles ou fictives, à la lecture ou à la vue de scènes de terreur.

B. *Névroses vasomotrices ou trophiques.* — On peut ranger parmi les névroses trophiques de la peau, un grand nombre d'affections qui se manifestent par des troubles de nutrition dus à des anomalies du système nerveux : telle sont les affections dites angio-nerveuses, le zoster, les processus inflammatoires, l'atrophie et l'hypertrophie, l'anidrose et l'hypéridrose sur le trajet de nerfs lésés ou altérés pathologiquement : la gangrène dans les paralysies, le décubitus aigu dans certaines affections du système nerveux central, etc.

Non seulement les processus cités ci-dessus, mais encore beaucoup d'autres, presque tous les processus ayant pour siège le tégument externe, l'érythème, l'urticaire, le purpura, l'acné, le nœvus, le prurigo, l'ichthyose, etc., ont été signalés dans ces derniers temps, comme des angionévroses, des trophonévroses, des dermatoneuroses neuropathiques. Mais ce caractère névropathique n'appartient en réalité qu'à un petit nombre d'affections de la peau, dans lesquelles la neuropathie est démontrée d'une manière positive, tout comme la relation avec l'altération pathologique de la peau est physiologiquement établie ou du moins rendue vraisemblable

C. *Névroses de la sensibilité.* — Les névroses de la sensibilité se manifestent par une exagération ou une diminution de la sensibilité, hyperesthésies, paresthésies, anesthésies, — ou par une altération qualitative de la sensibilité, prurit, hyperalgésie, analgésie, diminution de la sensibilité au toucher ou à la pression. Parmi ces névroses, la plus caractérisée, est celle dont nous nous occupons, le *prurit cutané.*

DIVISION. — On peut diviser les prurits en deux groupes distincts, qui chacun se subdivisent en plusieurs variétés. Le premier groupe renferme les prurits généralisés : *a*) *pruritus hyemalis ou de Duhring; b*) *pruritus senilis; c*) *pruritus generalis*, qui comprend le prurit ictérique, le prurit brightique, le prurit du diabète, du cancer stomacal ou hépatique à sa période larvée.

Le second groupe comprend les prurits localisés dont les trois plus importants sont : *a*) *pruritus ani; b*) *pruritus vulvæ; c*, *pruritus scroti.*

I. PRURITS GÉNÉRALISÉS. — Ils se manifestent par accès de démangeaisons vives et continues, extrêmement pénibles, et auxquelles il est impossible de résister. Ces accès se renouvellent plusieurs fois dans le courant du jour et de la nuit, et c'est avec frénésie que le patient se livre avec ses ongles à un grattage qu'il ne peut réprimer. Quelquefois les ongles ne suffisent pas et l'on voit des malades se servir pour apaiser la sensibilité nerveuse, de corps rudes et de brosses dures. C'est seulement quand la peau a été énergiquement frottée, hyperhémiée, déchirée, que naît une sensation de cuisson qui se substitue à la sensation de démangeaison, et alors le malade éprouve un affaissement, qui coïncide avec un peu de calme moral.

Chose curieuse, dans le prurit vrai, et surtout dans la variété de *prurit sénile*, malgré des grattages énergiques et répétés, il ne se produit ni *urticaire*, ni *lésions de grattage*, mais seulement une sécheresse générale de la peau avec état lichénoïde; ces variétés sont habituellement plus tenaces que celles où le grattage détermine des altérations secondaires, urticaire, excoriations, eczéma, etc.

Kaposi considère le prurit sénile comme incurable et durant jusqu'à la fin de la vie. J'ai vu pourtant des vieillards atteints de cette forme incurable, qui dans les derniers temps de leur existence cessaient de se plaindre de leur prurit. C'est même, je crois, en pareil cas, l'indice d'une fin relativement prochaine. On peut dire que le prurit généralisé s'observe à peu près également chez l'un et l'autre sexe; lié souvent à la dyspepsie, à la gastrite, à la dilatation stomacale chez l'homme, il se rattache plutôt chez la femme à des troubles sexuels, tels que la dysménorrhée, la ménopause. N'oublions pas que les émotions morales violentes ou prolongées, telles que des revers de fortune, la perte de parents ou d'êtres aimés, sont une cause fréquente et indiscutable de prurit cutané généralisé.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un cas de prurit généralisé, il faut rechercher avec le plus grand soin si ce phénomène n'est pas le symptôme d'une affection parasitaire ou d'une dermatose qui pourrait échapper à un examen un peu superficiel.

II. Prurits localisés. A. *Pruritus ani.* — Le prurit anal siège à l'anus et à son pourtour, ainsi qu'à la partie inférieure de la muqueuse rectale. Le grattage fréquent et répété détermine l'eczéma, un catarrhe abondant du rectum,

le gonflement et l'inflammation de la muqueuse. (Kaposi).

B. *Pruritus vulvæ.* — Le prurit vulvaire est caractérisé par des démangeaisons localisées surtout à la vulve ou au vagin, mais qui s'étendent aussi aux parties génitales externes, aux grandes lèvres et au clitoris, et poussent les malades à se gratter, à se frotter énergiquement, déterminant des lésions mécaniques consécutives.

Au bout d'un certain temps on y découvre, outre de la rougeur, un catarrhe vaginal, un épaississement eczémateux des grandes et des petites lèvres, l'hypertrophie du clitoris. Les malades qui en sont atteintes sont le plus souvent exaltées et présentent toutes les manifestations connues de l'hystérie. Quelquefois le prurit des parties génitales est un prodrome précoce de la carcinose utérine.

C. *Pruritus scroti.* — Cette variété de prurit est des plus pénibles et des plus rebelles : les malades en arrivent à avoir de véritables crises nerveuses, et parfois à désirer le suicide. Les démangeaisons peuvent être continuelles ; le plus souvent elles présentent des exaspérations plus ou moins fréquentes, qui reviennent sous forme d'accès, et pendant lesquelles le besoin de se gratter est tellement impérieux que le malade est forcé de le satisfaire, en quelqu'endroit qu'il se trouve.

Malgré la violence des traumatismes que subissent les téguments, ceux-ci ne présentent, même après plusieurs mois, qu'un peu de rougeur et d'épaississement. C'est presque toujours vers le raphé médian que les sensations atteignent leur maximum d'intensité. (Brocq.)

Nous ne voulons pas dans un article de médecine pratique, nous étendre davantage sur la pathologie du *prurit*, et nous allons passer en revue les moyens que la théra-

peutique met à notre disposition pour combattre un mal aussi tenace et aussi rebelle.

I. — Traitement interne

Acide benzoïque. — *Prurit à la peau, au dos, aux mains.* (Roth.) Ringer le recommande à la dose d'un gramme dans un litre d'eau, pour soulager la démangeaison de l'urticaire.

Fluoris acidum. — *Démangeaison de la peau.* (Héring.) Prurit à la tête, aux sourcils, aux paupières, à la face ; le prurit se manifeste surtout à la partie postérieure du corps, surtout au dos, et s'aggrave vers le soir, ou apparaît le soir et le matin. *Dans la plupart des cas, le prurit est picotant et fourmillant, circonscrit sur de petites places, forçant impérieusement à se gratter, et suivi parfois de petits boutons réunis en groupes.* D'anciennes cicatrices redeviennent pruriteuses. Dartres sèches, pruriteuses, brûlantes. (Jahr.)

Acide muriatique. — Prurit et chatouillement voluptueux et lancinant, avec besoin de se gratter. Eruptions croûteuses qui démangent à la chaleur du lit. (Hahnemann.) Prurit et chatouillement voluptueux et lancinant, dans la paume des mains. (H.)

Acide salicylique. — Prurit généralisé. Plusieurs guérisons. Pathogénésie incomplète. Trois cas de guérison de prurit généralisé idiopathique publiés par le Dr Wertheimer. (*Munchner medic. Wochenschrift*, 1889.)

Acide phénique. — Pathogénésie nulle. Le Dr Baugagneur, de Lyon, écrit dans la *Gazette des hôpitaux* du 8 octobre 1888 : « Le succès est constant dans le prurigo des enfants et dans les prurigos en général... » Exagération de thérapeutiste, qui cependant mérite une certaine attention, en remplaçant *succès constant*, par *succès encourageant.*

Acide picrique. — *Démangeaisons vives, surtout la nuit.* (Tessier.)

Aconit. — Formication à la peau avec prurit. Recommandé par le Dr Jules Simon, ce qui n'est pas, pour nous, une autorité sérieuse.

Agnus castus. — Prurit, prurigo, démangeaison de l'*anus et du périnée.* (Archiv. de Stapf.)

Anarcadium oriental. — Démangeaison brûlante, augmentée par le grattement. *Prurit brûlant.* (Hahnemann.)

Antipyrine. — Prurit à la face et aux yeux. Prurit généralisé. (Ozanam et Tessier.)

Arsenicum. — Elancements, prurit brûlant, et *brûlement violent à la peau.* La caractéristique d'arsenic est la sensation de brulûre qui accompagne la démangeaison. Les dilutions élevées me paraissent agir plus efficacement.

Astacus fluviatilis. — Prurit et rougeur de la peau. Agit surtout sur le prurit urticarien.

Caladium seguinum. — Prurit vulvaire. (Dudgeon, succès avec la 3e déc.)

Chloral. — Prurit surtout à la face. Basses préparations et substance, 10 centigrammes par jour.

China. — Prurit brûlant ou rongeant, surtout le soir au lit, quelquefois avec éruption d'urticaire. Gabalda père a guéri plusieurs cas de prurit avec china 12e. (Voyez *Art. méd.*, t. II.)

Cicuta virosa. — Démangeaison brûlante par tout le corps.

Coffea. — Prurit. Prurit à l'anus. Brown-Séquard a guéri plusieurs cas de prurit à l'anus, rien qu'en interdisant l'usage du café. Le prurit à l'anus semble donc un phénomène pathogénétique dû à l'usage de cette substance.

Conium maculatum. — Elancements et *prurit picotant à la peau.* « La ciguë agit fortement sur la peau, elle y produit des démangeaisons. (Burdach.) » Démangeaisons aux parties externes et internes. (Stork.)

Croton. — Chaleur ardente surtout aux mains. Richard Hughes dit en parlant du croton : « *La façon rapide et permanente dont il soulage souvent la démangeaison est une des plus jolies choses de la médecine.* » J'ai été moins heureux que notre illustre confrère.

Dolichos pruriens. — Recommandé par le D^r Cartier.

Euphorbium. — Prurit rongeant et brûlant qui oblige à se gratter presque constamment. J'ai obtenu d'excellents résultats dans le prurit, par l'administration d'*euphorbium* à la 3^e et à la 6^e dilution.

Hydrocotyle asiatica. — La pathogénésie d'Audouit, renferme le symptôme *prurit* bien nettement exprimé. D'autre part les expériences de Cazenave et Devergie à l'hôpital Saint-Louis, amenèrent ces éminents médecins à considérer l'*hydrocotyle* comme ayant une action sédative marquée là où il existait de l'hyperesthésie, et ils l'ont trouvé bienfaisant contre le *prurigo*, particulièrement celui du scrotum, de la vulve et de l'anus.

Ignatia. — Prurit qui se dissipe facilement en se grattant. Prurit en s'échauffant au grand air. *Prurit et fourmillement à l'anus.*

Lycopodium. — Rongement et prurit le jour en s'échauffant, ou le soir avant de se coucher. *Prurit et tension à l'anus.*

Mezereum. — Prurit surtout la nuit, *plus violent et plus douloureux après s'être gratté.* Prurit rongeant comme par la vermine. Le mezereum est un médicament important du prurit. Ce dernier est quelquefois assez intense pour

obliger le patient à se gratter jusqu'à production de lésions eczémateuses. Médicament important, mais plus utile dans le prurit qui accompagne les éruptions, que dans le prurit *sine materiâ*. Pourtant Kafka a publié un cas de guérison de prurit sénile par *mezereum*, 6e dilution.

Naphtaline. — L'usage de la naphtaline, comme antiseptique, tænifuge, etc., a produit chez les personnes qui en ont fait usage, un prurit insupportable. Le professeur Bouchard signale ce phénomène pathogénétique, que nous avons transformé en indication thérapeutique.

Natrum muriaticum. — Hartmann l'a vanté autrefois contre les démangeaisons ; Pétroz l'a vu réussir dans le prurit de la marge de l'anus. Indications pathogénétiques peu marquées ; expérience thérapeutique à peu près nulle.

Opium. — L'opium et surtout son alcaloïde la morphine, produisent une hyperémie congestive de la peau avec prurit généralisé. Il n'est pas un médecin qui n'ait observé ce phénomène à la suite de piqûres de morphine. À dose homœopathique ils ont donné d'excellents résultats ainsi qu'il était facile de l'espérer d'après les symptômes pathogénétiques.

Petroleum. — Prurit au scrotum.

Rumex crispus. — *Prurit aggravé par le froid, amélioré par la chaleur*. — Démangeaisons à diverses parties du corps, spécialement à la surface des membres inférieurs en se déshabillant.

Picotements, démangeaisons ou prurit piquant de la peau.

Richard Hughes signale son efficacité. Bernard, de Mons, a publié un cas de guérison par la 12e dilution chez un homme de 65 ans atteint d'un prurigo chronique,

datant de trois ans. Le Dr Searle l'a trouvé très efficace à la 1re dilution. J'ai moi-même éprouvé plusieurs fois les heureux effets de rumex, et suis heureux de pouvoir confirmer les affirmations de ces savants confrères.

Sulfur. — On ne peut aborder le traitement d'une affection quelconque de la peau, sans parler du soufre. Il passe tout particulièrement pour un des médicaments importants du prurit. Hughes dit qu'il guérit avec rapidité le prurigo de date récente. Jousset fait remarquer, d'après la pathogénésie d'Hahnemann, que le prurit de *sulfur* a un caractère voluptueux et est plus fort le soir. Il faut ajouter que ce prurit est non seulement voluptueux, mais brûlant. J'ajouterai que malgré sa pathogénésie, le soufre donnera souvent des déceptions à ceux qui l'emploieront seul. Au contraire, il sera un adjuvant précieux aux autres médicaments du prurit.

Vanilla odorifera. — Démangeaisons marquées surtout à la face et aux mains, avec sentiment de chaleur, de frisson et de cuisson à la peau, particulièrement aux parties découvertes. Il y a souvent une éruption papuleuse, plus fréquente à la face.

Sensation de prurit par tout le corps. (Dr Layet.)

*
* *

Je n'ai pas la prétention d'avoir énuméré tous les médicaments qui présentent le symptôme *prurit* dans leur pathogénésie. Ce n'est point un travail de bibliographie, mais une étude de médecine pratique que je poursuis ; c'est pourquoi je n'ai signalé que les médicaments ayant donné des preuves de leur efficacité. Parmi ceux dont je viens de faire mention, je me permettrai de signaler ceux qui m'ont paru doués d'une efficacité plus certaine, ce sont

par ordre alphabétique : l'*acide phénique*, l'*acide picrique*, l'*acide salicylique*, l'*antipyrine*, le *chloral*, l'*euphorbium*, le *mezereum*, la *naphtaline*, l'*opium* et surtout la *morphine*, le *rumex* et la *vanille*.

N'ayant pas la prétention de monopoliser nos connaissances homœopathiques à l'égard d'une affection si tenace et si rebelle aux médicaments, je crois devoir, pour être complet, rappeler les enseignements des différents praticiens de notre école.

Hartmann, le plus ancien en date, ne parle pas des médicaments à employer contre le prurit. Kafka signale *mercur. sol.*, *sulfur*, *silicea*, *iodium*, *lycopodium*, *mezereum* et iodure de soufre.

Silicea a réussi à Kafka dans un cas de prurigo formicans, où le malade, dans le prurit nocturne, éprouvait la sensation de fourmis rampant sous la peau. *Mezereum*, selon lui, soulage quand le prurit nocturne est brûlant et insupportable. Ce dernier, comme le *lycopodes* ou l'*iodure de soufre*, conviendrait dans les cas tout à fait invétérés.

Wilmar Schwabe considère *mercurius sol.* et *arsenic*, comme les grands médicaments du prurigo. Il signale encore *sodium*, *graphites*, *sulfur*, *lycopodium*, *silicea* et *calcarea carbonica*.

Le traitement médical du prurigo est décrit comme il suit par Ruddock.

Aconitum. — Furieuses démangeaisons de toute la peau, avec *symptômes fébriles*.

Sulfur. — Démangeaisons cruelles accompagnées de soif et de *sécheresse de la peau*, s'aggravant le soir et dans le lit. Il le considère comme un remède important, surtout dans les cas récents.

Arsenic. — Prurit *brûlant.* Remède des cas chroniques.

Ignatia. — Prurit certain d'un caractère aigu et piquant, changeant de place.

Il indique encore, *mercurius*, *carbo*, *rhus*, *mezereum*, *causticum*.

Teste a surtout réussi avec *causticum* et *merc. solub.*

Ozanam recommandait l'*acide borique* à la 1re dilution.

Jousset considère *arsenic* comme le médicament principal, auquel il joint *sulfur* et *lycopodium.*

R. Hughes indique *opium*, *rhus venenata*, *mercurius*, *sulfur.* Il considère le prurit local comme très rebelle aux médicaments internes, et pense qu'en général il faut recourir aux applications externes.

Je pense comme lui que le prurit est une affection très rebelle, et je considère le traitement local comme un adjuvant très utile, dont je veux dire un mot en finissant. Mais je puis affirmer par expérience, que la médication interne est souvent efficace à elle seule, et que dans les cas où il faut recourir au traitement externe, elle en rend l'action plus durable et plus certaine.

II. — Traitement externe.

A. — Comme le font justement remarquer MM. Besnier et Doyon, les bains qui sembleraient théoriquement devoir soulager le prurit, n'amènent en général qu'une amélioration légère et momentanée. Encore faut-il prescrire des bains simples, amidonnés, vinaigrés, mais laisser de côté les bains sulfureux qui, très souvent, causent une aggravation. Je n'en dirai pas autant des douches préconisées par Jacquet et qui, dans bien des cas, amènent une amélioration marquée et souvent la guérison. Il faut user de

persévérance, commencer par les douches tièdes un peu prolongées, quotidiennes et bi-quotidiennes. Ensuite, on arrivera à la douche froide. Je le répète, c'est un moyen puissant contre le prurit simple et même contre le *lichen pruriens*, dont je ne me m'occupe pas dans cet article.

L'enveloppement à l'aide de toile caoutchoutée très fine, ou de taffetas gommé sans apprêt, combat aussi les prurits localisés. Plusieurs dermatologistes interposent entre la toile de caoutchouc et la peau, des pièces de tarlatane ou des pièces de *lint*, humectées de solutions légères et tièdes, telles que l'infusion de camomille, de sureau ou la décoction légère de pavot, ou mieux encore de légères solutions d'acide borique, de chloral ou d'acide phénique.

B. — Après les lotions, les bains, les douches, en un mot le traitement humide, les pommades rendront souvent des services dont il ne faudrait pas dédaigner l'action.

Parmi ces pommades, on peut citer le glycérolé tartrique de Vidal (acide tartrique 1 gramme pour glycérolé d'amidon à la glycérine neutre de Price, 20 grammes). Les pommades au naphtol B au 20[e], au 40[e], au 50[e] se montrent aussi assez efficaces.

Le meilleur excipient des pommades est l'oxyde de zinc, dont on forme un onguent de zinc en le mélangeant par parties égales à la vaseline. A cet onguent, on incorpore le menthol au millième, au cinq-centième et même au centième. L'acide phénique, l'acide salicylique, l'ichthyol, l'acide borique, pourront de même représenter l'élément actif de l'onguent de zinc.

Kraus, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Vienne, recommande une pommade iodolée à 5 p. 100, et attribue à l'iodol qu'il administre aussi à l'intérieur, à la dose de 30 à 40 centigrammes par jour, la guérison de

prurigos invétérés, traités sans succès depuis plusieurs années par tous les moyens habituels.

Le *gallanol* en pommade au trentième et au cinquantième a donné de bons résultats entre les mains des médecins de l'hôpital de l'Antiquaille, le Saint-Louis des Lyonnais.

Notre confrère Cartier, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, préconise aussi la pommade suivante :

Ergotine	2 grammes.
Protoiodure d'hydrargyre	2 grammes.
Vaseline	30 grammes.

Pour ma part, c'est aux simples lotions et pommades boriquées que je dois le plus de succès. J'ai guéri notamment deux cas de prurit vulvaire intense chez deux vieilles femmes diabétiques, qu'aucun topique n'avait soulagées, avec des compresses fréquemment renouvelées d'eau boriquée. Quelquefois les suppositoires à la cocaïne soulagent le *pruritus ani.*

Dans certains cas rebelles, la cautérisation ponctuée légère amènera la guérison.

Enfin, je dois signaler les essais institués à la clinique du professeur Kaposi (de Vienne), par le D[r] Hatschek, ainsi que ceux du D[r] Murray (de Stockholm), qui ont prouvé dans plusieurs circonstances que le massage était un excellent moyen de calmer le prurit.

Chez ses malades, M. Hatschek a pratiqué des effleurages énergiques, exclusivement sur les membres. Il commençait par la racine du membre et passait ensuite successivement à des parties de plus en plus périphériques. Il va sans dire que ces effleurages étaient toujours dirigés dans le sens centripète. Les séances étaient quotidiennes, et leur durée était d'abord de dix à quinze minutes pour

chaque membre. La durée des séances était ensuite réduite à cinq et même à trois minutes, suivant le degré d'amélioration obtenu.

Le massage peut être pratiqué à sec ou, ce qui est préférable, avec de la vaseline, laquelle détermine une action calmante plus rapide.

Chez tous les malades, les démangeaisons ont été amendées dès la première séance de massage. Elles ont souvent disparu complètement après trois ou quatre séances. Dans d'autres cas, ce résultat n'a été obtenu qu'après plusieurs semaines de traitement. La rapidité de l'action du massage sur le prurit n'a pas toujours été en proportion de la gravité de l'affection. C'est ainsi que plusieurs cas de *prurigo agria* ont été promptement améliorés, tandis que des cas de *prurigo mitis* ont résisté plus longtemps au traitement.

Tels sont les nombreux moyens que nous offre la thérapeutique pour combattre une affection qui, sans être bien grave, est toujours pénible pour le malade, et souvent bien ennuyeuse et bien décevante pour le médecin.

D[r] J.-P. TESSIER.

NOSOGRAPHIE

QUELQUES CAS DE GRIPPE ANOMALE

Les anciens auteurs qui nous ont laissé l'histoire du catarrhe épidémique et contagieux, connu aujourd'hui sous le nom de grippe et d'influenza, n'ont pas manqué de signaler les anomalies fréquentes que présente souvent

cette maladie tant dans ses symptômes que dans sa marche et sa terminaison.

Ils n'ont pas oublié de rappeler les surprises que cette maladie réserve souvent au praticien. Aussi est-ce avec raison qu'ils la désignent quelquefois sous le nom de *petite peste*.

La grippe qui a envahi l'Europe depuis 1889 a offert des exemples fréquents de cette anomalie. Nous désirons en signaler deux dans cette note : 1° les cas qui révèlent les apparences d'une méningo-encéphalite ; 2° ceux qui simulent la phtisie pulmonaire.

I. Grippe avec symptomes de méningo-encéphalite.

Voici d'abord l'observation d'un cas que nous avons rencontré cette année.

I. *Observation de grippe avec symptômes de méningo-encéphalite terminée par la guérison.*

Mme B..., âgée de 37 ans. Cette dame a été mariée deux fois. De son premier mariage, elle a eu un fils mort à l'âge de 15 ans. Depuis son second mariage elle a fait quatre fausses couches, dont l'une accompagnée de phlébite. Depuis plusieurs années cette femme souffre de dyspepsie acide, avec dilatation de l'estomac et déplacement du rein droit.

Je fus appelé le 12 mars 1895, je constatai alors des symptômes de grippe : courbature, douleur dans les muscles, anorexie, insomnie, pas de fièvre au moins dans le jour. Il existait un point du côté extrêmement violent à droite du thorax. L'auscultation était négative.

Je n'entendis plus parler de la malade jusqu'au 22 mars. La malade était sortie la veille, jour de la mi-carême et

avait passé la journée à une fenêtre du boulevard. Je la trouvai assise, la figure altérée, pâle, exprimant l'angoisse. Elle était haletante, et l'auscultation me permit de reconnaître l'existence d'une pleurésie du côté droit. L'épanchement atteignait l'angle inférieur de l'omoplate. Je prescrivis bryone, teinture mère, X gouttes.

Le 23, le 24, la maladie prit un aspect bien différent de celui de la pleurésie ordinaire. La malade souffrait d'une céphalalgie atroce, prédominant dans le côté gauche de la tête.

Cette céphalalgie qui arrachait des gémissements à la malade s'accompagnait de vomissements incessants, sans fièvre, sans ralentissement du pouls et sans constipation.

Le 25. L'affection cérébrale se caractérise, il existe une aphasie très marquée, avec une paralysie incomplète de la face du côté droit et du membre supérieur droit. La sensibilité du membre paralysé est très engourdie. Il existe une sorte d'hébètement. Il n'y a point de température fébrile, les urines ne contiennent pas d'albumine, les pupilles sont normales, je prescris belladone et arnica (6e) alternés toutes les heures.

Le 26. Il y a une légère amélioration ce matin. La malade parle plus facilement, surtout en anglais. Même traitement. Le soir, la paralysie a un peu augmenté. Il y a une somnolence bien accusée et je remplace les deux médicaments précédents par opium (6e) toutes les deux heures.

Le 27. La malade est plus éveillée, elle parle décidément mieux, mais il lui est impossible de tirer la langue hors la bouche, soit parce qu'elle ne comprend pas bien ce qu'on lui demande, soit parce qu'il existe une paralysie du génio-glosse.

Même traitement.

Le 28. 6e jour de l'affection cérébrale. Ce matin la malade est bien mieux. Je lui prescris à cause de l'impossibilité persistante de tirer la langue, stramonium. A trois heures de l'après-midi, aggravation subite, la paralysie se complète dans le bras droit et s'étend à la jambe du même côté. Mutisme absolu. Dysphagie. Je reviens à opium.

Le 29. La nuit a été calme, l'état est sensiblement le même Je prescris lachésis (6e).

Le 30. Légère amélioration, la malade comprend mieux mais elle essaie en vain de parler. Le chatouillement à la plante du pied fait remuer la jambe droite.

Le 31. Ce matin la malade allait mieux. Elle remue le bras droit, peut tirer la langue, essaie de parler, puis, tout à coup, éclate un accès d'*épilepsie jacksonnienne*, mouvement convulsif dans le bras paralysé précédé d'un mouvement de rotation de la tête à droite. Après cet accès, le mutisme et l'hémiplégie droite sont devenus complets. Cependant la malade semble très bien comprendre. Je prescris acide hydrocyanique 1re décimale, III gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les heures.

Le 1er avril. Amélioration sensible, le mouvement est revenu dans le bras droit et la langue, mais elle ne parle pas. Jusqu'ici, elle s'était nourrie de lait, de potage et de jaune d'œuf ; elle refuse maintenant presque tous les aliments depuis qu'elle a vomi une gorgée de soupe. Je rappelle que la malade est toujours sans fièvre et qu'il n'y a ni albuminurie ni constipation.

Les 2, 3, 4. L'amélioration progresse, le bras droit est encore un peu faible, mais cependant la malade peut s'en servir. La paralysie faciale diminue, la malade essaie de parler, elle dit oui et non ; sa figure est naturelle et a repris l'aspect intelligent qui lui est habituel, les vomisse-

ments sont encore faciles; depuis le 2, nous alternons stramonium avec acide hydrocyanique à la même dilution.

Les 5, 6, 7. Le colchique a été substitué au stramonium à cause de l'aphasie. La malade fait des progrès assez lents. Elle ne vomit plus et mange volontiers des potages.

Le 8. Grand progrès pour la parole, la malade fait des phrases entières. Elle se plaint d'une douleur dans le nerf sus-orbitaire gauche qui revient toutes les après-midi, et pour laquelle je prescris *nux vomica* 6e. Désormais, l'amélioration fait de grands progrès. Le 16 avril, la parole et le mouvement sont tout à fait revenus. Nous sommes menacés d'une complication cardiaque qui a été signalée dans l'influenza; la malade a un accès violent de tachycardie avec douleur excessive au cœur. Ces symptômes cèdent rapidement à l'aconit.

Cet épisode étant terminé, nous nous retrouvons en face de l'épanchement pleurétique qui a un peu diminué mais qui existe toujours. Sous l'influence de cantharis et d'hépar sulfuris (6e) l'épanchement avait complètement disparu dans les premiers jours de mai et la malade était complètement guérie.

Notre attention avait été attirée sur la variété *méningo-encéphalique* de la grippe par une communication du professeur Cornil à l'Académie de médecine et par un mémoire d'un médecin militaire, publié dans la *Semaine médicale*. Néanmoins nous avons été hésitants vis-à-vis du cas que nous venons de rapporter et qui avait toutes les allures d'une embolie de l'artère sylvienne gauche. Aussi un professeur fort distingué, appelé en consultation, n'hésita-t-il pas à porter ce diagnostic; et comme conséquence, à annoncer

une maladie très longue et une guérison probablement incomplète.

Le fait de nombreuses grossesses toutes terminées par des fausses couches suggérait la pensée d'une affection syphilitique, nous demeurâmes cependant ferme dans notre diagnostic d'affection cérébrale dans la grippe parce que nous avions assisté au début de la maladie, au développement de la pleurésie ; nous avions constaté les symptômes de la grippe et les phénomènes cérébraux rentraient naturellement dans le processus de cette maladie.

L'événement a confirmé notre diagnostic, une embolie ne pouvait disparaître en quelques jours et une affection syphilitique guérir aussi rapidement sans le traitement spécifique.

II. Bronchite grippale simulant la phtisie pulmonaire

Nous avons observé pendant cet hiver trois cas dans lesquels nous avons porté le diagnostic phtisie pulmonaire suite de grippe et cependant les malades semblent absolument guéris.

Nous rapportons ces cas avec un point d'interrogation ; nous croyons qu'il faut attendre de nouveaux faits plus complètement observés pour se prononcer sur la signification précise de ces observations.

Voici le premier fait.

Une jeune fille, domestique, est entrée à l'hôpital Saint-Jacques à la fin de janvier avec bronchite grippale fébrile. Au début la malade fut traitée par de petites doses de sulfate de quinine ; un peu plus tard elle prit ipéca et bryone alternés. La fièvre disparue, l'état général s'améliora beaucoup et les râles sous-crépitants se limitèrent au sommet du poumon gauche. La malade continuait à expectorer de

gros crachats numulaires et puriformes, comme dans la grippe.

Après quelques jours, la maladie reprit sa marche, les forces diminuèrent, l'amaigrissement fit de très grands progrès et les signes locaux et généraux firent diagnostiquer une phtisie à marche rapide.

L'examen bactériologique permit de reconnaître de nombreux bacilles de Koch. Je quittai le service à ce moment et quelques semaines après j'appris avec surprise que la malade allait bien, qu'elle engraissait, qu'on ne retrouvait pas de bacilles dans ses crachats et que l'inoculation de ces crachats était restée stérile. Depuis trois mois la guérison s'est maintenue et cette fille a repris son service.

Le traitement a consisté dans l'administration de la tuberculine-aviaire à la 12e dilution et du bacillinum (1).

Il manque une seule chose à cette observation; c'est l'inoculation au cobaye des crachats contenant le bacille de Koch, afin que l'existence du bacille, à un certain moment de la maladie, ne puisse être contestée.

J'ai observé deux cas analogues en ville.

Dans l'un il s'agit d'un homme de 46 ans qui présentait des symptômes analogues il y a trois ans. Cette année il fut pris des symptômes de la grippe, avec mouvement fébrile intense (40 degrés), et parfaitement intermittent. Toux grasse, expectoration puriforme, amaigrissement considérable. Obscurité de la respiration et râles humides au sommet droit. Les crachats contenaient le bacille de Koch.

(1) Médicament américain préparé avec le poumon tuberculeux.

Ce malade traité par de fortes doses de sulfate de quinine et la tuberculine aviaire à la 6e dilution guérit en plusieurs semaines et les crachats cessèrent de contenir les bacilles de la tuberculose. La guérison se maintient depuis plusieurs mois.

L'autre cas a trait à une religieuse qui fut manifestement phtisique il y a dix ans; elle guérit au Mont-Dore. Au mois de décembre 1894, elle fut prise de la grippe qui régnait dans son couvent, en Normandie, et comme elle continuait à maigrir et à tousser, je la fis venir à Paris.

Elle présentait l'état suivant : amaigrissement, dyspnée, un peu de fièvre le soir, 38 degrés, toux grasse; au sommet droit matité et râles humides.

Comme la toux était quinteuse avec chatouillement dans la gorge elle reçut drosera XX gouttes de teinture par jour; plus tard elle prit, elle aussi, la tuberculine aviaire à la 6e dilution. L'amélioration marcha assez vite, les forces revinrent; l'amaigrissement cessa, la toux diminua et les bacilles de la tuberculose disparurent des crachats.

Elle est repartie en province présentant encore de la submatité relative au sommet droit et de l'obscurité de la respiration ; depuis sa santé s'est consolidée.

Que conclure de ces faits? Que la tuberculine aviaire guérit la phthisie? J'ai trop souvent échoué dans le traitement de la phthisie ordinaire avec ce médicament pour admettre cette conclusion.

Qu'il y ait des phthisies relativement bénignes susceptibles de guérison? C'est une opinion très probable.

Que le bacille de Koch peut exister à une période de la phtisie puis disparaître ensuite? Pour que cette conclusion fût indiscutable il aurait fallu pratiquer l'inoculation au cobaye au début de la maladie.

C'est donc une question à revoir. Dr P. Jousset.

BACTÉRIOLOGIE

Le microbe et la cause interne. — La vaccination et la sérumthérapie. — L'antitoxine.

I. *Le microbe et la cause interne.* — L'école de l'*Art médical* n'a jamais accepté sans réserves, les affirmations des premiers bactériologistes sur le rôle des microbes en étiologie; toujours nous avons protesté contre une théorie qui supprimait d'un trait de plume la *cause interne* pour la remplacer par l'action de germes venus du dehors engendrant une maladie comme une graine engendre un végétal.

Les faits nous ont donné raison et c'est un des médecins les plus autorisés dans cette matière qui justifie nos réserves et démontre le bien fondé de nos doctrines.

Ecoutons M. Charrin :

« Il n'est plus possible de penser qu'à chaque maladie correspond un microbe spécial déterminé, venu du dehors ;..... cette façon par trop simpliste de concevoir les choses a sombré devant la mise en lumière de l'influence du terrain, devant cette notion de l'existence préalable dans l'économie de la plupart des agents pathogènés, devant ce fait de la possibilité de créer différentes lésions à l'aide d'un unique parasite ou de voir plusieurs infiniment petits provoquer les mêmes troubles ». (Charrin, *Semaine médicale*, 1895, p. 47.)

On ne saurait être plus clair; et nous sommes bien loin de la doctrine soutenue, il y a à peine deux ans, par le prof. Brouardel, contre le prof. Peter ; à ce moment,

le prof. Brouardel s'étonnait qu'on pût trouver plusieurs microbes produisant le choléra par cette raison, *trop simpliste*, qu'une graine ne produisait jamais qu'une espèce végétale.

L'existence préalable de la plupart (un jour on dira de tous) des microbes pathogènes dans l'économie est un fait d'une importance doctrinale qu'on ne saurait trop approfondir. Nous portons en nous le pneumocoque, le bacillum coli, et le bacille de Koch et nous n'avons ni pneumonie, ni choléra, ni phthisie. Pourquoi? Parce que ces bacilles ne sont que des causes banales; M. Charrin va encore nous le dire :

« Bien vite on s'est convaincu que les bactéries n'étaient à tout prendre, que des causes comme l'alcool, le plomb, le mercure; comme le froid, le surmenage, l'inanition; comme les réactions nerveuses. » (Charrin.)

Cela revient à dire que les microbes ne sont pas la *cause prochaine* de la maladie et M. Charrin a mille fois raison. La cause prochaine des maladies est cet état de l'organisme qu'on appelle dans la tradition : la *prédisposition* et qu'on désigne aujourd'hui par un néologisme, le *terrain*.

Quand un organisme est disposé à la phthisie, à la diphthérie ou au choléra il se laisse pénétrer par le microbe qu'il n'a pas besoin d'aller chercher au dehors mais qu'il trouve habituellement en lui ; et, se servant de ce microbe et de ses toxines comme d'un instrument, il fait sa maladie.

Ce ne sont plus là les prétentions de la première heure, qui enseignent que toutes les maladies étaient de *cause externe*. Les maladies se forment bien à l'aide d'un être étranger à l'organisme, le microbe, mais c'est l'or-

ganisme qui donne le branle et qui conduit le drame jusqu'au bout ; les maladies sont donc de *cause interne.*

M. Charrin en enseignant que les microbes sont des causes banales, n'est pas absolument exact. Les microbes sont des *causes instrumentales*, c'est-à-dire des causes qui sont nécessaires au développement de la maladie, comme les virus syphilitiques, rabiques et varioliques sont nécessaires au développement de la syphilis, de la rage et de la variole, mais, *cause instrumentale* ne veut pas dire *cause prochaine* et sans la prédisposition ces virus restent stériles.

II. *Vaccination par les microbes. Guérison par le sérum des vaccinés.* — Dans le même article, à propos de la vaccination et de l'immunité, M. Charrin enseigne ce que les produits microbiens servent à réaliser, la prophylaxie (la vaccination), tandis qu'au contraire le sérum des immunisés tend à la curation.

On ne peut encore émettre une règle absolue sur cette question. Si en effet c'est le microbe qui sert à vacciner le cheval et si c'est le sérum du cheval immunisé qui guérit la diphthérie on ne peut généraliser cette règle. Ainsi pour le tétanos, l'animal en expérience est immunisé par le bacille atténué; son sérum est très propre à vacciner, mais malheureusement il est impuissant à guérir.

Le sérum d'animaux immunisés contre le tétanos est *préservatif*, même à très petite dose, lorsqu'il est injecté avant la toxine tétanique. Quand il est injecté en même temps que la toxine il n'y a pas de tétanos général mais seulement un *tétanos local.* Plus l'injection est retardée et plus la dose doit être forte pour *prévenir* du tétanos, mais

quand la maladie est déclarée, le sérum ne guérit ni les animaux ni l'homme, excepté les cas dits *chroniques*, à longue incubation et à marche lente ; or ces cas guérissent souvent sans traitement.

Les expériences sur les souris ont démontré que l'ablation du foyer d'infection favorise la guérison et empêche le tétanos tardif. Ainsi pour le tétanos, le sérum est *préservatif*, vaccinant ; il n'est pas curatif. Pour la fièvre typhoïde et la tuberculose, que savons-nous ? Ne nous hâtons pas de généraliser, travaillons et attendons. (*Annales de Pasteur*, 1893, p. 93.)

III. *Antitoxine.* — Nos connaissances sur les antitoxines sont encore contradictoires et le nom même d'antitoxine n'a qu'une prétention, celle de désigner un liquide qui détruit les effets de la toxine.

Etudions les propriétés du sérum antitoxique et le mode suivant lequel il se forme.

1er *fait.* — Soit un animal jouissant d'une immunité naturelle complète contre le tétanos, la poule. Le sérum de ces animaux n'a aucun pouvoir antitoxique et le bacille du tétanos se développe librement dans son sang.

Si on injecte à cet animal une forte dose du poison tétanique, son sang devient tellement toxique qu'il communique le tétanos aux souris, mais ce pouvoir s'affaiblit de jour en jour et au bout de quatorze jours le sérum de cette même poule est devenu antitoxique. Ainsi on voit, par cet exemple, les propriétés antitoxiques succéder aux propriétés toxiques dans un même milieu animal. Notons que la poule qui sert à l'expérience ne subit ce changement car elle ne prend pas le tétanos.

2e *fait.* — Un lapin inoculé avec des spores tétaniques

devient réfractaire mais son sang n'est pas antitoxique, il le devient si, comme à la poule, on lui injecte de la toxine de tétanos.

3e *fait.* — Chez un animal immunisé par l'injection de toxine on peut enlever, par la saignée, en quelques jours, une quantité de sang égale à la masse totale du sang de l'animal sans que le sérum perde d'une manière sensible ses propriétés antitoxiques ; ce qui démontre bien que la cellule organique de l'animal immunisé est pour beaucoup dans la formation de l'antitoxine.

4e *fait.* — L'action de l'antitoxine *in vitro* est bien plus puissante que l'antitoxine inoculée, même douze heures avant l'inoculation de la toxine.

Ainsi un mélange par parties égales de toxine et d'antitoxine peut être inoculé immédiatement après le mélange et il est absolument inoffensif.

Si on injecte à un cobaye un mélange de toxine et d'antitoxine qui représente 1/300 de centimètre cube de sérum et 1/300 de toxine, l'animal reste indemne. Mais si on injecte à un autre cobaye 1/150 du même sérum, c'est-à-dire le double de la quantité de l'expérience précédente, et douze heures après 1/600, c'est-à-dire moitié moins de la même toxine, l'animal prend le tétanos.

Dans ces expériences l'antitoxine *semble* agir comme un antidote chimique.

5e *fait.* — On peut injecter à un homme ou à un animal atteint de tétanos des quantités de toxines suffisantes pour rendre son sang absolument et énergiquement antitoxique et cependant la maladie conserve sa marche fatale.

6e *fait.* — L'immunisation par le sérum antitoxique du tétanos a une action immédiate mais l'immunité n'est

pas durable : cinquante jours au plus. La vaccination opérée avec les spores du tétanos demande quatorze jours pour être parfaite, mais dure des années (1).

Voici maintenant l'opinion de M. Charrin :

D'après Charrin les principes des antitoxines seraient formés par la cellule organique elle-même sous l'influence des toxines inoculées, et la preuve c'est qu'au moment de l'inoculation l'état réfractaire, au lieu d'être augmenté, est *plutôt diminué* ; c'est seulement au bout de quelques jours que cet état réfractaire se montre, et il n'est complet que le quatorzième jour, alors que la toxine est entièrement éliminée.

La cellule organique excitée par la toxine donne naissance à une substance capable de détruire le microbe et ses produits. Cette substance est surtout contenue dans le sérum du sang. C'est une erreur, dit Charrin, de croire que les principes tutélaires capables de protéger l'organisme, détruisent et neutralisent les toxines à la manière d'une opération chimique. Les substances immunisantes engendrées par les cellules, au contact des toxines, ont été isolées. Le sulfate d'ammoniaque les précipite ; elles sont analogues aux *globulines*. (Charrin, p. 118.) Elles agiraient en augmentant la phagocytose et créant une incompatibilité entre l'existence des microbes et les liquides et même les solides des animaux immunisés. C'est ce qu'on a appelé l'*état bactéricide*.

L'isolement de l'antitoxine aurait besoin d'être étudié de nouveau. On devrait aussi isoler la toxine pour étudier les propriétés physiques et chimiques de ces deux corps.

---

(1) La plupart de ces documents sont empruntés aux *Annales de l'Institut Pasteur*, 1893.

Nous croyons qu'il est prudent d'attendre avant de tirer des conclusions fermes et définitives de tous ces faits. Bornons-nous à enregistrer ce qui est acquis et travaillons à conquérir ce qui nous manque.

D[r] P. Jousset.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

PATHOGÉNÉSIE DE LA THYROÏDINE

Applications thérapeutiques.

Les applications thérapeutiques de la thyroïdine découlent de plusieurs sources : d'abord, dans le myxœdème, par exemple, en donnant l'extrait thyroïdien, on a pour but de suppléer à la sécrétion interne du corps thyroïde, qui fait défaut ; ensuite, dans le goitre exophthalmique, par exemple, on administre la thyroïdine suivant des indications qui relèvent de la loi de similitude ; enfin, dans le psoriasis, par exemple, on agit d'après les résultats connus de l'emploi du médicament, d'après l'*usus in morbis* ; nous croyons que dans ces cas-là, même, la thyroïdine agit homœopathiquement.

Nous allons passer en revue les diverses maladies dans lesquelles on a employé ce médicament, puis celles où il paraît indiqué par sa pathogénésie (1).

Myxœdème. — On a été conduit à traiter le myxœdème

(1) Les numéros entre parenthèse indiqueront les observations de la pathogénésie où on peut se reporter.

par le corps thyroïde, par la connaissance des accidents produits par l'extirpation complète du corps thyroïde ; le myxœdème opératoire devait conduire à essayer le traitement thyroïdien dans le myxœdème congénital et acquis.

Il y a aujourd'hui un grand nombre d'observations, de guérisons et ce traitement s'impose.

Le traitement du myxœdème par le corps thyroïde peut, jusqu'à un certain point être rapporté à la loi de similitude.

Voici, en effet, les symptômes principaux du myxœdème : gonflement des téguments, surtout de la face et des extrémités qui sont légèrement cyanosées ; la peau est d'un blanc jaunâtre au visage ; elle est sèche et squameuse ; on observe des troubles intellectuels caractérisés par de l'hébétude, de la torpeur cérébrale, de l'irascibilité et de l'insomnie ; les urines sont quelquefois albumineuses et les auteurs signalent l'atrophie du corps thyroïde.

J'ai eu l'occasion d'observer cette année une malade certainement myxœdémateuse et reconnue comme telle par le professeur Raymond, et qui portait un corps thyroïde hypertrophié.

Voici les symptômes produits par la thyroïdine, se rapportant au myxœdème :

Gonflement de la face et des jambes (chez un malade atteint du goitre exophthalmique, guéri par le corps thyroïde en ingestion, après une trop forte dose). Desquamation de la peau des mains et des pieds ; la dépression cérébrale, l'irritabilité et la mauvaise humeur, l'insomnie sont notées dans plusieurs observations ; il en est de même de l'albuminurie.

ALIÉNATION. — Les succès remportés dans le traitement du myxœdème, où les symptômes cérébraux ont guéri en même temps que le myxœdème, nous engageraient fortement à essayer la thyroïdine dans le traitement de la folie et des diverses aliénations.

Dans deux observations (2, 15), il s'agissait même de malades chez lesquelles l'état mental avait précédé l'apparition du myxœdème et qui guérirent des deux affections

La pathogénésie montre aussi un certain nombre de symptômes mentaux produits par la thyroïdine.

Excitation persistant toute la journée avec grognement continuel et rire d'un caractère particulier; excitation très grande suivie d'une dépression considérable ; tristesse, colères, frayeurs. L'insomnie, les cauchemars sont aussi parmi les symptômes de ce médicament.

GOITRE EXOPHTHALMIQUE. — La thyroïdine est tellement homœopathique à la maladie de Basedow, dont elle donne un tableau très remarquable dans les cas où elle a été employée à trop fortes doses, que plusieurs médecins des hôpitaux de Paris ont combattu le traitement thyroïdien du goitre exophthalmique comme un non-sens.

Nous avons reproduit dans ce travail deux cas d'amélioration rapide de cette maladie par ce moyen et nous n'hésiterions pas, le cas échéant, à l'employer à dose faible pour éviter toute aggravation.

On relève dans la pathogénésie tous les symptômes du goitre exophthalmique : goitre (expérience sur les animaux de Ballet et Enriquez, 39 et 40) ; exophthalmie (observation de Béclère, 36) : « Les yeux sont saillants et brillants comme dans la maladie de Basedow; on est

frappé de l'éclat du regard, de l'aspect brillant et de la saillie des yeux, qui rappellent ceux des malades atteints de goitre exophthalmique » ; essoufflement et palpitations au moindre effort, tachycardie ; la ressemblance est telle que l'on peut lire dans *The Lancet* (3 mars 1894) : « Les symptômes toxiques observés dans quelques cas de myxœdèmes traités par l'ingestion du tissu de la glande thyroïde rappellent tellement certains symptômes de goitre exophthalmique, que l'on peut se demander si la vraie cause de la maladie de Basedow n'est pas une hyperthyroïdisation : tachycardie, élévation de la température, insomnie, agitation, polyurie, paraplégie incomplète, sensation de chaleur, diaphorèse et diarrhée. » Il ne manquait pour rendre ce tableau complet que le goitre et l'exophthalmie, or les expériences de Ballet et d'Enriquez, nous ont donné le goitre expérimental et l'observation de Béclère l'exophthalmie toxique.

Comment les homœopathes pourraient-ils hésiter à traiter la maladie de Basedow par la thyroïdine !

Goitre et crétinisme. — Nous avons reproduit la statistique de Bruns (38) qui a guéri ou amélioré par ce traitement 9 cas de goitre sur 12 traités, et une observation de Byrom-Bramwell (20) qui a guéri un cas de crétinisme.

Il y a là encore une application de la loi de similitude.

Psoriasis. — Le plus grand nombre des symptômes pouvant se rapporter au psoriasis, relatés dans notre pathogénésie proviennent d'observations de guérisons ou d'amélioration (12).

Cependant dans une observation de psoriasique en même temps épileptique nous voyons sous l'influence du

traitement thyroïdien, que l'éruption s'étend et augmente d'intensité.

Comme symptôme pathogénétique se rapportant au psoriasis nous relevons dans une observation d'eczéma (31) la desquamation de la peau des membres inférieurs, « les pieds pèlent à plusieurs reprises en larges écailles »; dans une autre observation (5), desquamation de la peau des mains et des pieds; chez un myxœdémateux (9) une desquamation généralisée.

ÉCZEMA, LUPUS, RUPIA SYPHILITIQUE ET ICHTHYOSE. — Nous relatons quelques observations d'eczéma (12, 24, 31), de lupus (23, 27), de rupia syphilitique (13) et d'ichthyose (23) ayant été favorablement amélioré par le traitement thyroïdien.

DIABÈTE. — La thyroïdine pourrait être essayée dans le diabète : elle produit la soif, la polyurie, l'amaigrissement, la dépression et la glycosurie. Nous n'avons jusqu'ici aucune expérience personnelle sur son emploi dans ce cas.

NÉPHRITES. — L'albuminurie étant notée dans un grand nombre d'observations, l'amélioration de l'albuminurie préexistante (36) étant signalée, la thyroïdine est indiquée dans les néphrites ; les symptômes cardiaques qu'elle produit l'indiqueraient principalement dans les néphrites qui accompagnent les maladies de cœur et dans la néphrite interstitielle; les lésions observées chez les animaux sont les reins volumineux et congestionnés.

EPILEPSIE. — Nous trouvons dans trois observations un syndrome rappelant l'épilepsie : « perte de connaissance avec spasmes musculaires toniques généralisés pendant

quelques secondes; tremblements dans les membres, perte de connaissance complète; attaque épileptiforme, après laquelle il fut sans connaissance pendant une heure». Ces symptômes sont suffisants pour engager à essayer la thyroïdine dans une maladie si rebelle.

Hystérie. — Les mêmes symptômes convulsifs, les symptômes paralytiques (paraplégie incomplète, l'attaque de paralysie incomplète du bras droit avec aphasie et avec anesthésie cutanée existant depuis l'extrémité des doigts jusqu'au bras où elle était limitée par une ligne circulaire), les symptômes d'aliénation et les symptômes portant sur les modifications du caractère peuvent faire penser à la thyroïdine dans le traitement de l'hystérie, principalement dans les accidents paralytiques.

Neurasthénie. — La dépression profonde, l'insomnie avec cauchemars, la céphalalgie et les vertiges, les troubles dyspeptiques, les palpitations et les lipothymies, les douleurs dans les membres avec courbature générale, tels sont les symptômes que nous relevons dans la pathogénésie et qui se retrouvent dans cette affection si répandue aujourd'hui et si difficile à améliorer. J'ajouterai que chez une malade, ce médicament paraît avoir une action satisfaisante et que M. Clarke a signalé la guérison (21) d'une jeune fille paraissant neurasthénique.

Chlorose. — Je viens de prescrire ce médicament avec succès chez une jeune fille chlorotique avec règles faibles, essoufflement par le moindre exercice, palpitations, anorexie, teint jaune cire. L'appétit est revenu, les règles sont plus fortes, les symptômes d'essoufflement et de palpitations ont diminué; nous trouvons du reste dans

la pathogénésie : l'essoufflement, les palpitations, l'anorexie ; chez deux femmes (38 et 44 ans) myxœdémateuses les règles qui avaient cessé ont reparu sous l'influence du traitement thyroïdien.

MÉNOPAUSE. — Les bouffées de chaleur, qui résisteraient à l'emploi du lachesis, devraient être améliorées par la thyroïdine, qui reproduit tous les malaises qui accompagnent la ménopause : rougeur subite de la face, avec palpitations ; lipothymies, transpirations.

AFFECTIONS DU CŒUR. — Dans un certain nombre d'affections du cœur la thyroïdine pourrait trouver son emploi : la diurèse et l'augmentation de l'urée, dans un certain nombre d'observations au moins, peuvent être considérées comme des symptômes curatifs. On pourrait donc essayer de donner ce médicament dans certains cas d'*asystolie*, je n'ai eu l'occasion de l'employer qu'une seule fois dans un cas à peu près désespéré, où il n'a pas réussi mieux que la digitale; dans l'*angine de poitrine* et l'*aortite* on pourrait aussi le donner : syncopes, défaillance, diminution des bruits du cœur, essoufflement et palpitations au moindre effort ; mort avec tous les symptômes de l'angine de poitrine, tels sont les symptômes que nous relevons dans la pathogénésie.

La *tachycardie paroxystique* est absolument semblable, aux symptômes toxiques de la thyroïdine ; je l'ai administrée dernièrement avec un succès remarquable : M. B..., 65 ans, a depuis douze à quinze ans des crises répétées de tachycardie avec essoufflement, battements angoissants du cœur, montant à 140 ou 150 pulsations. Il est a remarquer qu'il existe pendant les crises une fréquence des besoins d'uriner avec urines très abondantes, claires

comme de l'eau et ne contenant presque pas d'urée; il a consulté beaucoup de médecins sans éprouver de soulagement ; moi-même il y a deux ans, je lui donnai successivement sans aucun résultat le cactus, l'aconit, l'iodure de potassium; le 28 avril dernier je lui prescrivis thyroïdine (3/10) deux gouttes par cuillerée, deux cuillerées par jour pendant six jours, repos trois jours et recommencer; par inadvertance, il en pris huit jours de suite, puis il est resté vingt jours sans en prendre et a recommencé le 26 mai à en prendre six jours; le 1er juin il est venu me voir; depuis le début de ce traitement il n'a pas éprouvé une seule crise et prétend ne s'être jamais porté si bien depuis douze ans, car il avait toujours plusieurs crises par semaine.

Céphalalgies, migraines, vertiges. — Les symptômes pathogénétiques du côté des douleurs de tête avec ou sans vertiges sont assez marqués pour engager à faire l'essai du médicament dans ces affections.

Asphyxie locale des extrémités. — Nous avons, dans les observations que nous avons reproduites, un cas d'asphyxie locale des extrémités guéri (41); une autre malade, dans les symptômes développés par la thyroïdine, a présente la sensation du doigt mort.

Obésité. — L'action rapide du corps thyroïde dans le myxœdème a engagé un certain nombre de médecins à expérimenter cette médication contre l'obésité et ils ont obtenu certains succès; il y a trois mois, j'ai conseillé l'emploi des tablettes à un campagnard fortement obèse en y joignant un régime alimentaire approprié, et dernièrement le malade m'écrivait qu'il avait perdu 14 livres.

Préparations, mode d'emploi et doses.

La thyroïdine peut s'administrer sous quatre formes différentes : 1° l'ingestion du corps thyroïde en nature ; 2° les pastilles de corps thyroïde ; 3° les injections sous-cutanées du liquide préparé suivant la méthode de Brown-Séquard ; 4° les atténuations homœopathiques.

1° *Injection du corps thyroïde en nature.* — Il a été administré le plus souvent cru, à des doses variant de 4 à 8 grammes, ordinairement plusieurs jours de suite, avec interruption lorsque les symptômes de tachycardie apparaissaient. On l'a fait prendre coupé en petits morceaux, mélangé à de la confiture de groseille ; quelquefois légèrement cuit dans le beurre, ou sous forme de pâté.

L'alimentation par le corps thyroïde doit être réservée aux cas où l'on recherche l'effet physiologique du médicament, aux cas où l'on voudrait suppléer à l'absence de la glande : c'est surtout dans le myxœdème, dans le crétinisme, dans l'obésité, dans le psoriasis et les maladies de peau qu'on pourra l'employer sous cette forme, mais en surveillant de très près le malade pour éviter les symptômes toxiques.

2° *Tablettes de corps thyroïde.* — Les tablettes de corps thyroïde sont ordinairement du corps thyroïde desséché et comprimé ; cela revient donc à peu près à l'ingestion du corps thyroïde en nature, mais l'administration en est plus facile ; dans un cas de myxœdème que je traite depuis plusieurs mois, je me suis servi des tablettes de Chaix et Rémy ; la malade a commencé par deux tablettes par jour, puis a augmenté d'une tous les six jours, de manière à arriver à six par jour ; après six jours, de six tablettes elle est redescendue tous les six jours d'une pas-

tille pour revenir à deux par jour, puis elle a recommencé à augmenter. Elle se trouve très bien de ce traitement et marche vers la guérison.

L'administration des tablettes se fera dans les mêmes cas que l'ingestion du corps thyroïde.

3° *Injections d'extrait thyroïdien.* — L'extrait thyroïdien préparé suivant la méthode de Brown-Séquard a été injecté sous la peau dans les mêmes cas que précédemment. Ce moyen nous paraît devoir être abandonné toutes les fois qu'on pourra se servir des deux autres, à cause des abcès qu'il détermine assez fréquemment.

4° *Préparations suivant la méthode homœopathique.* — Je me suis toujours servi jusqu'ici des dilutions : on prend l'extrait brown-séquardien comme teinture mère, et on fait des dilutions suivant le mode hahnemannien, à l'échelle décimale : 1/10, 2/10 ou 1/100, 3/10, etc.

Le D^r^ Clark s'est servi (21) d'une 3^e^ trituration décimale ; je pense que le corps thyroïde a été desséché, réduit en poudre et trituré avec du sucre de lait, suivant les mêmes principes ; 1^re^ trituration décimale ; 2^e^ trituration décimale ou 1^re^ trituration centésimale ; 3^e^ trituration décimale, etc. La dilution nous a donné de bons résultats et nous paraît plus facile à conserver que la trituration.

Nous conseillons de commencer par la 3^e^ décimale, deux gouttes par cuillerée, trois cuillerées par jour pendant six jours ; repos trois jours et recommencer ; puis, suivant l'effet, on descendrait à la 6^e^ dilution ou on monterait à la 1^re^ décimale.

Ce mode de préparation convient toutes les fois que l'on cherche l'effet homœopathique de la thyroïdine : tachycardie, goitre exopthalmique, goitre, neurasthénie, migraines, etc. D^r^ MARC JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

LE FER DANS LA CHLOROSE

Les médecins allemands dans leur dernier congrès de médecine interne (1) se sont occupés de la médication ferrugineuse de la chlorose. M. Hayem, à cette occasion, a traité la question à la Société médicale des hôpitaux (2); nous allons exposer les diverses opinions qui ont été émises à ce sujet et tâcher de tirer une conclusion pratique.

Le D[r] Bunge (de Bâle) un des rapporteurs de la question au congrès allemand, est hostile à la médication ferrugineuse pharmaceutique. Il établit d'abord que le fer n'entre que dans une faible proportion dans la constitution du corps humain puisque les expériences les plus récentes estiment à 2 gr. 50 au plus le poids du fer contenu dans notre organisme, principalement sous forme d'hémoglobine. Il ajoute que « les travaux de Kletzinky, de Hamburger et de Voit s'accordent à montrer que le fer, introduit sous la forme de composés inorganiques, se retrouve en totalité dans les excréments ». Les combinaisons organiques du fer, telles que la ferratine, qui est un composé albuminoïde ne sont vraiment absorbées qu'en proportions infimes. Il préfère à ces médicaments l'hématogène qui existe dans nos substances alimentaires. « Avec 500 gram-

(1) Tenu à Munich du 2 au 5 avril 1895. Séance du 3 avril. Compte rendu de la *Semaine médicale*.

(2) Séance du 19 avril.

mes de viande fraîche et 200 grammes de lentilles par jour, nous pouvons, en un mois, couvrir une perte d'un tiers de notre sang, Quand donc l'appareil digestif fonctionne normalement, il n'est pas indiqué de prescrire, au lieu d'aliments riches en hématogène, des préparations ferrugineuses : celles-ci, en effet, sont absorbées en proportions si infimes que quelques auteurs ont pu se croire autorisés à attribuer uniquement à la suggestion les succès de la médication ferrugineuse dans la chlorose. » Le Dr Bunge associerait à cette alimentation l'hydrothérapie, une cure d'air, ou un séjour à la mer.

Le Dr Quincke (de Kiel), co-rapporteur, est partisan de la médication martiale dans un certain nombre d'anémies. Des recherches faites sur la quantité du fer contenu dans l'économie il résulte que le foie, la rate et la moelle osseuse sont les points où le fer s'accumule, que dans certaines affections, les anémies pernicieuses par exemple, le fer contenu dans le foie augmente beaucoup. Il faut remarquer, en outre, que « les expériences des physiologistes, effectuées sur des sujets sains, fournissent des résultats qui souvent ne concordent pas ou même, dans bien des cas, ne peuvent pas concorder avec les conclusions des recherches thérapeutiques. » Il conclut que l'utilisation du fer, dont la majeure partie revient aux hématies, se trouve réglée par les besoins mêmes de ces cellules : aussi l'assimilation du fer est-elle moindre chez les sujets sains que chez les individus anémiés.

Le Dr Stifler (de Stettin) proteste contre l'opinion émise par le Dr Bunge qui semble attribuer dans quelques cas l'action du fer à une sorte de suggestion ; il ne s'ensuit pas, de ce qu'on retrouve dans les matières fécales

une quantité de fer analogue à celle qui a été ingérée, qu'aucune de ses parcelles n'a été utilisée. Il croit que la chlorose est améliorée par le fer administré à doses modérées, car à trop fortes doses il produit des troubles variés, surtout des symptômes nerveux.

Le Dr Siegfried (de Rippoldsau) associe le traitement martial et une cure d'altitude à une hauteur modérée et obtient des résultats très remarquables et très rapides dans le traitement de la chlorose.

Le Dr Immermann (de Bâle) croit à l'utilité des préparations ferrugineuses pharmaceutiques; si le fer alimentaire « pouvait suffire pour compenser l'appauvrissement en hémoglobine chez les chlorotiques, on ne s'expliquerait guère comment tant de chlorotiques riches qui ont à leur disposition toutes les ressources alimentaires continuent à souffrir de leur anémie; d'autre part, l'amélioration rapide éprouvée à l'hôpital par nombre de malades précédemment inanitiés, ne s'y montre pas, malgré une nourriture plus abondante, et l'atténuation des symptômes n'est que passagère, lorsqu'on n'adjoint pas au régime alimentaire une médication appropriée ».

Le Dr Nothnagel (de Vienne) considère les pilules de Blaud (carbonate de fer) comme une des préparations martiales les plus actives. Il fait remarquer que les chlorotiques guérissent souvent plus vite à l'hôpital que celles qui peuvent faire une cure au bord de la mer ou sur les montagnes. Cela tiendrait à deux causes; la première est qu'à l'hôpital on prescrit le *repos complet au lit* ce qui est un grand adjuvant au traitement et qu'en ville les malades ne savent pas se soustraire aux fatigues mondaines.

Le Dr VON ZIEMSSEN (de Munich) partage cette manière de voir sur l'action favorable du repos au lit.

Le Dr HAYEM a fait à la Société des hôpitaux, à l'occasion de cette discussion, une communication où il résume son traitement de la chlorose, traitement qu'il considère comme sûrement efficace puisqu'il termine en disant qu'il compte autant de succès que de cas.

Son traitement consiste en trois choses : un repos absolu, un régime approprié, l'administration du fer.

1° Le repos doit être absolu, au lit ; il est indispensable dans les cas intenses, très favorable dans les cas moyens et utile même dans les cas légers. Le repos permet aux chlorotiques de ne pas détruire leurs globules rouges, elle leur permet d'améliorer l'état dyspeptique, qui existe presque toujours ; de plus il supprime momentanément le corset qui a une action dans la production de cette dyspepsie.

2° Le régime doit être très sévère : au début du lait et de la viande crue; plus tard des œufs mollets peu cuits, poisson à chair maigre, des légumes verts en purée, et des compotes de fruits. Le pain n'est introduit dans le régime qu'au bout de quatre à cinq semaines. Dans un certain nombre de cas, quand il existe des douleurs stomacales, l'application d'un maillot humide, au moins pendant la nuit, sur la région épigastrique peut être d'une certaine utilité.

M. Hayem conseille de ne commencer le traitement ferrugineux que lorsque l'estomac sera déjà dans un état satisfaisant, sans quoi on pourrait obtenir une amélioration passagère mais rien de durable.

Quant à l'opinion de Bunge que les préparations pharmaceutiques sont inutiles dans le traitement de la chlo-

rose, M. Hayem la combat absolument et pour lui le fer est le véritable spécifique de cette maladie. Contrairement ainsi à l'opinion des médecins allemands qui considèrent les pilules de Blaud, au carbonate de fer, comme le meilleur moyen d'administrer ce médicament, il emploie le protoxalate de fer.

Voilà en somme pour M. Hayem le traitement qui convient à *toute* chlorose : repos au lit, régime approprié à l'état de l'estomac, protoxalate de fer ; avec cela on ne rencontre jamais d'insuccès.

L'école homœopathique n'accepte pas que le fer soit le spécifique de la chlorose, car ce médicament n'est pour elle indiqué que dans certaines formes de chlorose, et formellement contre-indiqué dans certaines autres formes. Sans entrer ici dans les détails du traitement de la chlorose, ce qui sortirait de notre sujet, nous allons rechercher :

1° Pourquoi le fer est indiqué dans le traitement de la chlorose ;

2° Dans quelles variétés de chlorose est-il indiqué ;

3° Sous quelle forme et à quelles doses on doit l'administrer?

1° Pourquoi le fer est-il indiqué dans le traitement de la chlorose? Il faut, pour pouvoir répondre à cette condition, considérer l'effet du fer chez les personnes non chlorotiques, chez les personnes saines ; car il en est pour le fer comme pour la plupart des médicaments : il agit différemment suivant qu'on l'envisage chez l'homme sain ou chez le malade.

D'après la pathogénésie hahnemannienne, le fer produit chez l'homme en santé une véritable anémie et cette assertion est contrôlée par Nothnagel et Rossbach, qui disent

que les populations buvant des eaux ferrugineuses contiennent beaucoup d'anémiques (p. 129). Du reste des observations faites par Cutler et Bradford (*The American J. of. med. sc.*, janvier 1878), montrent que dans des expériences faites comparativement chez des sujets sains et des anémiques, le fer ne détermine chez les premiers aucune augmentation dans le nombre des globules rouges: chez les autres, au contraire, il produit toujours une augmentation plus ou moins considérable. Ces expériences comparatives ont pour nous une grande importance, car dans l'école médicale officielle on n'expérimente guère que chez l'homme malade et, comme cela est pour nous une chose démontrée, les médicaments ont une action différente et opposée non seulement suivant leurs doses, mais aussi suivant qu'ils sont donnés chez des sujets sains ou des malades; on considère comme l'action physiologique des médicaments leur action réellement curative. On affirme, par exemple, que l'action de la digitale sur les urines est une action diurétique parce que ce médicament produit chez les anuriques ou les oliguriques, auxquels on l'administre, une diurèse curative; or, nous avons démontré par des expériences sur des malades ayant des urines en quantités normales ou par ce qui se passe dans les empoisonnements que l'action réelle de la digitale était la diminution des urines d'une façon proportionnelle à la dose employée et pouvant, dans certains empoisonnements, arriver à l'anurie la plus complète. Or, ce qui se passe pour la digitale se passe pour les autres médicaments; nous avons relaté dans les comptes rendus de la Société des hôpitaux des observations montrant que l'extrait thyroïdien produisait la tachycardie, le goitre, l'exophthalmie, en un mot les symptômes principaux du goitre

exophthalmique; or un certain nombre de cas de maladies de Basedow ont été guéries ou améliorées par l'extrait thyroïdien. Nous pourrions multiplier ces exemples; mais il sera facile à tous les expérimentateurs de se convaincre de cette vérité : une substance agit d'une façon opposée sur l'homme sain et sur l'homme malade; c'est le fondement même de l'homœopathie, c'est la base de sa loi fondamentale.

2° Dans quelle variété de chlorose, le fer est-il indiqué ?

Dans la chlorose avec aménorrhée ou avec diminution des époques. Malgré l'affirmation de M. Hayem que toutes les chloroses sont certainement guéries par la médication ferrugineuse, tous les médecins ont rencontré des cas qui résistaient au fer; nous croyons que les cas de chloroses ménorrhagiques sont rarement améliorées par le fer, qui aurait plutôt alors comme effet d'augmenter les pertes et d'aggraver la maladie.

En nous basant sur les indications de la matière médicale, nous recherchons dans la pathogénésie du fer, les symptômes qui peuvent se rapporter à la chlorose et nous y rencontrons (1):

Faciès terreux avec taches bleuâtres, ou simplement très pâle ; au moindre effort ou à la plus petite émotion les joues s'empourprent brusquement et pâlissent de nouveau l'instant d'après.

Goût aigrelet, amer ou terreux.

Amaigrissement, accompagné de bouffissure de la face et d'œdème des extrémités, de pâleur mate de tous les tissus.

---

(1) *Traité élémentaire de matière médicale expérimentale*, t. II.

Retard des règles qui s'interrompent pour reprendre ; aménorrhée (ce symptôme est donné pas Hahnemann comme résultat de l'usage continuel d'eau ferrugineuse).

Je dois dire que les époques abondantes sont aussi signalées.

Palpitations, anxiété, essoufflement.

C'est d'après ses symptômes que nous administrons surtout le fer dans les chloroses avec diminution ou suppression des époques.

3° Quelle dose et sous quelle forme devons-nous l'administrer ? — M. Hayem recommande le protoxalate, les auteurs allemands, le carbonate ; M. Rabuteau, le protochlorure ; nous croyons que les préparations insolubles, le fer réduit ou la limaille de fer, sont mieux tolérées par l'estomac et c'est sous cette forme que nous administrons presque toujours le fer.

L'expérience clinique nous a démontré que, dans la plupart des cas, les doses pondérables étaient nécessaires et nous prescrivons la 1re trituration décimale, à la dose de 25 à 30 centigrammes par jour (2 cent. 1/2 ou 3 centigr. de fer) ; nous donnons quelquefois la trituration mixte, c'est-à-dire moitié fer, moitié sucre de lait à la dose de 0,20 par jour (10 centigr. de fer).

Il nous a semblé que lorsque les époques sont tout à fait supprimées, nous réussissions mieux avec une dose impondérable, et, dans ces cas, nous prescrivons d'ordinaire la 6e dilution.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. Les intoxications alimentaires par la viande de veau. — II. Procédé d'anesthésie de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection irritante. — III. Les mesures prophylactiques contre l'alcoolisme; proposition de vœu a l'Académie. — IV. Angine diphtérique a forme herpétique. — V. Traitement du diabète par la médication alternante.

I

(*Séance du* 28 *mai.*) — M. Vallin fait une communication sur le nombre toujours croissant des intoxications alimentaires observées parmi les agglomérations civiles ou militaires. Dans les relations d'intoxications alimentaires par l'usage de viandes fraîches ou réputées telles, on reconnaît qu'un grand nombre de ces pseudo-épidémies sont imputables à l'usage de viande de veaux trop jeunes et malades.

Sur 30 épidémies M. Vallin en trouve 14 où la viande de veau est justement incriminée. C'est un fait bien connu, dit M. Vallin, que la viande de veau trop jeune cause souvent la diarrhée ; on l'explique en disant que cette viande est indigeste, laxative, facilement altérable ; ce sont des assertions et non des explications. On oublie de dire que si ces animaux ont été livrés trop jeunes à

la consommation, c'est que quelques jours ou quelques semaines après leur naissance ils sont morts de maladie, ou qu'on les a abattus quelques heures avant ce qu'on appelle très improprement la mort naturelle.

Les deux maladies virulentes, septiques, qui font périr les animaux peu de temps après leur naissance sont : 1° la septico-pyohémie aiguë ou chronique, consécutive à une phlébite ombilicale ; 2° la diarrhée septique ou pneumo-entérite infectieuse, qui sévit cruellement sur le bétail.

Dans une épidémie survenue en juin 1894 dans un hospice de vieillards du Pas-de-Calais, sur 60 pensionnaires qui avaient mangé d'un veau âgé de 15 jours, abattu au cours d'une diarrhée avec arthrites suppurées, 56 furent malades et eurent des coliques avec diarrhée, vomissements, prostration extrême, etc., 6 moururent; chez 2, l'on trouva à l'autopsie un cancer de l'estomac et un abcès du rein, qui avaient évidemment beaucoup diminué la résistance de ces pauvres vieillards.

En 1892, une intoxication analogue avait eu lieu dans les Flandres occidentales. Plusieurs veaux atteints de pneumo-entérite infectieuse furent livrés à la consommation en hachis et en pâté. Sur 80 personnes qui en consommèrent tous furent malades et eurent, de trois à vingt-quatre heures après l'ingestion, des accidents cholériformes, 4 moururent. Personne n'avait mangé de cette viande à l'état cru. Dans la moelle d'un os provenant d'un des veaux, mais recueilli dix jours après le dépeçage, M. Van Ermengem, professeur de bactériologie et d'hygiène à la Faculté de Gand, a trouvé un bacille qu'il a cultivé, et qui produisit chez tous les animaux inoculés une entérite mortelle. Le même bacille existait en abon-

dance dans les viscères de 2 personnes qui moururent empoisonnées par le pâté. La culture faite par E. Van Ermengem et administrée par lui dans du lait à un veau parfaitement sain, détermina le troisième jour une entérite hémorrhagique très grave, avec selles sanguinolentes tellement fétides qu'il fallut abattre l'animal. En huit jours, il avait perdu 12 kilogrammes de son poids ; le sixième jour il était survenu de la toux, de l'oppression et du jetage par les naseaux. Des cobayes, des souris auxquels on fit ingérer de la viande fraîche de ce veau moururent en peu de jours avec de l'entérite et de la diarrhée.

M. Vallin termine en émettant le vœu que la septicopyohémie et que certaines formes de pneumo-entérites infectieuses soient ajoutées à la liste des maladies des animaux réputées contagieuses.

II

(*Séance du 4 juin.*) — M. Nicaise communique un nouveau procédé d'anesthésie de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection irritante. Le traitement par l'injection iodée, qui est la plus employée, constitue une opération simple, mais parfois très douloureuse.

On a cherché par différents moyens à atténuer cette douleur et bien des opérateurs se sont adressés à la cocaïne, cet anesthésique local par excellence. Malheureusement dans les premiers temps de son emploi on a eu à déplorer des accidents graves et même la mort. Aussi certains chirurgiens ont-ils renoncé à s'en servir, à tort selon M. Reclus qui pratique depuis quelques

années la plupart de ses opérations avec cet anesthésique local, et sans avoir eu jamais un seul accident sérieux. M. Nicaise conseille le procédé suivant dans le traitement de l'hydrocèle. Après avoir pris les précautions antiseptiques usuelles, il ponctionne avec le trocart ordinaire, laisse sortir une partie du liquide épanché, le tiers environ, puis dans la masse de sérosité restant dans la vaginale, il injecte à travers la canule du trocart, avec une seringue d'une contenance de 4 centimètres cubes, 3 à 4 centimètres cubes d'une solution aqueuse de cocaïne à 1 p. 100. La bourse est ensuite malaxée légèrement et après une attente de quatre à cinq minutes, tout le reste de la sérosité est évacué. On procède ensuite à l'injection iodée. L'opération faite dans ces conditions ne s'accompagne pas de douleur.

La dose de cocaïne employée est très faible, 3 ou 4 centigrammes, et cette quantité tombant dans le liquide de l'hydrocèle forme une solution de cocaïne très étendue.

III

(*Séance du 11 juin.*) — MM. Jules Bergeron et Laborde émettent le vœu que l'Académie intervienne auprès des pouvoirs publics, en ce moment où la discussion parlementaire se poursuit à l'occasion de la *réforme de l'impôt des boissons*, et lui indique les mesures à prendre contre l'alcoolisme et ses désastreuses conséquences. Ils demandent : pour l'Etat le monopole de l'alcool, seule façon d'avoir une rectification absolue de ce liquide ; et la limitation du nombre des licences et des débits. On peut être à l'avance certain que nos députés ne voteront pas ces deux articles, car ils ne voudront pas porter le moindre préjudice à leur nombreuse clientèle.

IV

(*Séance du 11 juin.*) — M. Dieulafoy étudie les relations qui peuvent exister entre l'angine herpétique et l'angine diphtérique.

Il rappelle en quelques mots les principaux attributs de l'angine herpétique. La caractéristique de cette angine, sa signature anatomique et clinique, est la présence de vésicules d'herpès sur la muqueuse de la gorge.

Un enfant ou adulte est pris de symptômes fébriles parfois violents. Les frissons et la fièvre sont accompagnés de courbature et de céphalalgie. La dysphagie se déclare. A l'examen de la gorge on constate une rougeur diffuse : les amygdales sont volumineuses et bientôt quelques petites saillies qu'on a comparées à des sudamina apparaissent en différents points de l'isthme ou du pharynx.

Dans quelques cas l'angine herpétique a les apparences d'une angine érythémateuse et l'exsudat est insignifiant. Dans d'autres circonstances aux vésicules développées sur la muqueuse de la gorge, s'associe un exsudat blanchâtre, abondant, pultacé, mais il s'agit de véritables membranes fibrineuses, épaissies, étalées simulant la diphtérie. C'est l'angine couenneuse commune de Trousseau.

Quand on peut saisir sur le fait l'évolution, parfois si fugace, des vésicules herpétiques, on n'hésite pas et on porte le diagnostic d'angine herpétique, surtout si dans d'autres régions des vésicules d'herpès apparaissent. Il n'en serait rien comme sûreté de diagnostic d'après M. Dieulafoy, et des angines blanches avec vésicules herpétiques seraient souvent diphtériques. Il en cite plusieurs observations, où l'examen bactériologique seul a pu dé-

montrer la nature de l'angine. Il termine en formulant les conclusions suivantes :

1° L'angine diphtérique, essentiellement polymorphe, peut revêtir les allures trompeuses de l'angine herpétique.

2° Il est impossible cliniquement d'affirmer qu'une angine dite herpétique est ou n'est pas de nature diphtérique.

3° L'examen bactériologique peut *seul* nous permettre d'affirmer la nature de l'angine. Cet examen bactériologique doit toujours être fait ; il est le guide le plus précieux ; c'est d'après l'examen bactériologique qu'on peut affirmer le diagnostic, porter le pronostic et instituer le traitement.

V

(*Séance du 11 juin.*) — M. ALBERT ROBIN, s'appuyant sur les médications fournies par la nutrition dans le traitement du diabète, conseille une médication alternante qui consiste dans l'emploi serié de moyens déjà connus.

En dehors du diabète pancréatique qui forme une classe à part, deux théories sont en présence : l'hypersécrétion du sucre, et le défaut de consommation par ralentissement de la nutrition ; d'où, deux médications systématiques totalement divergentes : ou bien modérer la production de sucre en ralentissant les mutations nutritives ou bien accélérer sa combustion, en stimulant la nutrition générale.

Dans la discussion qui a eu lieu à l'Académie en 1889, M. Robin a démontré qu'il y avait chez les diabétiques francs une exagération des actes chimiques de la nutri-

tion générale, avec suractivité spéciale de certains organes comme le foie et le système nerveux.

C'est dans ce fait de la suractivité de la nutrition générale et de la cellule hépatique en particulier, commandée par une excitation nerveuse continue, directe ou réflexe, que doit être le point de départ de la thérapeutique rationnelle du diabète, dit M. Robin.

Par conséquent les médicaments du diabète devront être choisis parmi les agents qui ralentissent, par un procédé quelconque, les mutations générales et celles du système nerveux. Ces agents ne seront employés que s'ils retardent les mutations générales par l'intermédiaire d'une action primitive sur le système nerveux, et s'ils n'exercent pas sur la fonction de ce système une action suspensive trop énergique.

On écartera *à priori* tous les moyens capables d'accélérer la nutrition.

On soustraira à l'organisme, par un régime approprié, les matériaux avec lesquels celui-ci peut fabriquer le plus facilement du sucre, ce qui aura aussi l'avantage de priver la cellule hépatique de son excitant fonctionnel.

Les diabètes aggravés et compliqués réclament parfois des médications qui devraient être repoussées dans le diabète pur. Quand un malade décline et frise la période cachectique, la médication tonique reprend ses droits et les médicaments capables d'accélérer une nutrition qui déchoit doivent être employés.

Partant de ces idées théoriques et bio-chimiques, M. Robin conseille : contre la déminéralisation dont le coefficient s'élève souvent de 30 à 40 et 45 p. 100, le chlorure de sodium, le tartrate de potasse. Pour remédier aux pertes phosphatiques magnésiennes et calciques les gly-

céro-phosphates de chaux et de magnésie et enfin le bouillon qu'il veut réhabiliter, et qui n'est pas *la dissolution de poisons* que les microbiens à outrance ont chargé de tous les méfaits.

Quant aux agents médicamenteux il les divise en trois groupes : le premier comprend l'antipyrine, le deuxième renferme les arsenicaux, la codéine, les alcalins terreux, le sulfate de quinine. Dans le troisième groupe sont rangés la valériane, l'opium, la belladone, le bromure de potassium. Quant au quinquina, aux alcalins, à l'huile de foie de morue ils font partie des trois groupes à titre de médication adjuvante.

Soit un diabétique pur, voici comment M. Robin le traite. Il commence par le soumettre au régime classique de Bouchardat, pendant une période de cinq à huit jours. On pratique alors un dosage du sucre, puis on administre l'antipyrine associée au bicarbonate de soude pendant cinq jours ; au bout de cette période on fait une deuxième analyse.

Si le sucre a disparu, il suffit dorénavant d'un régime sévère. S'il a simplement diminué, on administre les arsenicaux, le sulfate de quinine, la codéine, etc., cela pendant quinze jours, après quoi on arrive à la belladone et à la valériane. Si le sucre n'a pas complètement disparu on revient à l'antipyrine puis aux autres médicaments.

Avec cette méthode, M. Robin a traité 100 diabétiques rendant 100 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures. Ces malades se divisent en 4 catégories :

Guérison définitive 25 cas ;

Guérison encore problématique 25 cas ;

Amélioration considérable et permanente 32 cas ;

Résultats nuls ou trop temporaires 18 cas.

D^r^ Crépel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Le bain froid dans la pneumonie franche infantile. — II. Action du salophène dans le rhumatisme articulaire, la goutte, etc. — III. Hémoglobinurie paroxystique. — IV. Action de la vapeur d'eau dans le traitememt du croup et des laryngites suffocantes.

I

(*Séance du* 31 *mai.*) — Depuis quelques années le bain froid est à la mode et on l'emploie dans un certain nombre de maladies fébriles. La pneumonie, surtout chez les enfants, est fréquemment traitée par la méthode des bains froids. C'est une maladie mal choisie pour la démonstration de la supériorité de cette méthode, parce que c'est une maladie qui guérit le plus souvent facilement et qui présente une gravité beaucoup moins grande que la pneumonie des adultes et des vieillards. Cependant nous croyons devoir relater les observations de notre collègue Comby à l'hôpital Trousseau. On voit déjà par le titre de sa communication (le bain froid a-t-il une action sur le cycle thermique) qu'il ne va pas apporter une communication bien enthousiaste.

Dans une séance précédente, M. Sevestre, plus favorable, « déclarait que cette médication est vraiment héroïque et amène des guérisons inespérées. Il ajoutait que, sous l'influence des bains froids, dans la plupart des cas, la défervescence, au lieu de se faire brusquement, comme cela est la règle spécialement chez les enfants, s'était en quelque sorte annoncée depuis un ou deux

jours par un abaissement de la température, enfin qu'elle s'était presque toujours produite avant le septième jour».

Mon père a établi autrefois la réalité de l'action du traitement homœopathique sur la pneumonie justement par cette chute graduelle de la température; s'il en avait été ainsi habituellement à la suite du traitement par le bain froid, nous aurions bien dû accepter que ce traitement avait une action sur la pneumonie.

Les résultats des observations de Comby sont contraires à cette manière de voir.

Du 1er janvier au 31 mai 1895, il a traité dans son service 31 cas de pneumonie franche. Il n'a pas traité par les bains froids les enfants qui étaient atteints de pneumonies bénignes ni ceux qui entraient trop tard, « le jour ou la veille de leur défervescence ».

Sur les 31 malades, il n'y a eu que 1 mort; « il s'agit d'un petit garçon de 5 ans, mort le 14e jour après avoir pris 22 bains à 20° ».

Sur les 31 pneumoniques, 15 ont été traités par les bains froids, 16 n'ont pas été baignés.

« Parmi les enfants baignés: 3, arrivés à l'hôpital la veille ou l'avant-veille de la défervescence, n'ont pris qu'un nombre très restreint de bains (3 à 5); 2, pour une raison analogue, n'ont pris que 7 bains, 1, n'en a pris que 9. Les autres (9 enfants) ont pris chacun de 14 à 32 bains pendant les trois, quatre ou cinq jours d'hyperthermie qu'ils ont présentée avant la défervescence. »

Chez les enfants non baignés la défervescence s'est faite brusquement 13 fois, elle s'est faite en deux temps 3 fois. Il y a eu 9 défervescences précoces, soit le septième jour ou avant le septième jour et 7 défervescences retardées jusqu'au huitième et au neuvième jour.

Chez les enfants baignés, il y a eu 1 décès le quatorzième jour, les défervescences se sont faites plus souvent en 2 fois, mais 5 seulement ont été accomplies ou commencées avant le septième jour ; 9 se sont faites après.

M. Comby n'ose pas conclure « que les enfants baignés font leur défervescence plus tard que les enfants traités par une autre médication » parce qu'il a observé peu de cas et que les cas baignés étaient plus graves que les autres ; il croit que les bains froids n'agiraient dans ce cas qu'en diminuant la chaleur, mais qu'ils n'ont aucune action sur le cycle de la maladie.

En somme, pour M. Comby, le traitement de la pneumonie par les bains froids n'est qu'un traitement palliatif.

II

M. P. Marie vient parler d'un nouveau médicament destiné à remplacer le salicylate de soude, le salophène. Le *salophène* est un composé d'acide salicylique et d'acétyl-paramidophénol ; il est insoluble dans l'eau froide, un peu plus dans l'eau chaude, plus encore dans l'éther et l'alcool. Il est tout à fait insipide. Ce médicament a été très employé dans le rhumatisme articulaire aigu, dans les céphalalgies, les névralgies ; tous les auteurs qui en parlent sont unanimes à faire son éloge. Ils l'emploient à des doses variant de 1 à 8 grammes. Le Dr P. Marie conseille de donner 4 grammes par jour, divisés en 6 doses, soit en cachets, soit en suspension dans de l'eau.

Il a été amené à l'employer chez un de ses malades atteint de rhumatisme articulaire aigu, avec insuffisance aortique ; ce malade refusait le salicylate de soude qui le rendait, disait-il, très malade. Cependant devant l'inten-

sité des douleurs et de la fièvre, on lui administre une dose de 4 grammes qui amène : « bourdonnements, vertiges ; céphalalgie intense, agitation extrême et subdélirium ».

Suppression du salicylate de soude, qui est remplacé le lendemain par le salophène à la dose de 3 grammes, puis de 4 grammes. Dès le troisième jour, amélioration considérable, chute de la température.

Le Dr Marie administra ensuite ce médicament à deux autres rhumatisants, à un malade atteint de goutte saturnine avec des résultats très remarquables.

Dans un cas de chorée de Sydenham, guérison en dix jours, pour une maladie qui durait depuis peu de temps et qui était très intense.

III

(*Séance du 7 juin.*) — M. SIREDEY lit une observation intéressante d'hémoglobinurie paroxystique, que nous allons résumer brièvement.

Pauline C..., 37 ans, entre le 28 avril. Aucun antécédent pathologique à signaler. Elle a eu sa première atteinte en janvier 1891, sans cause appréciable; il faisait très froid dehors, mais la malade était depuis plusieurs heures au chaud à l'atelier lorsqu'elle a été prise; elle a été soignée chez le Dr Guyon à Necker et guérie au bout de trois mois; pendant les deux premiers mois, il lui suffisait de sortir dehors au jardin pour voir reparaître la coloration rouge des urines. Depuis elle s'était bien portée, lorsque le 24 avril dernier elle a été reprise; elle a eu des chagrins, sa petite fille était morte du croup il y a deux mois et son mari était entré à l'hôpital pour une affection chirurgicale.

« La crise éclata brusquement, à l'atelier, sans cause appréciable, sans que la malade ait eu à souffrir particulièrement du froid et de la fatigue. Comme la première fois, elle ressentit un violent frisson avec douleur à l'épigastre et aux lombes, nausées, vomissements. Ces symptômes avaient quelque chose de si spécial que Pauline C... annonça dès le début du malaise, le retour de sa crise urinaire. En effet, elle remarqua que la première urine rendue après le frisson, était franchement rouge. Dans la journée, les urines furent de moins en moins colorées jusqu'au soir, où elles redevinrent normales. Le lendemain, la malade étant retournée à l'atelier fut prise des mêmes accidents que la veille. Il en fut de même le jour suivant, et le quatrième jour elle se décida à entrer à l'hôpital, et sur le conseil de son médecin, apporta dans un flacon les urines rouges émises la veille. »

Les urines de la crise sont absolument semblables aux urines normales qu'elle émet une fois la crise passée, sauf la présence d'une quantité considérable d'albumine.

Voici les deux analyses :

	Urine colorée.	Urine claire.
Densité. . .	1.025	1.015
Urée. . . .	15 gr. 10 par litre	14 gr. 32 par litre.
Chlorures .	6 gr. 43 —	6 gr. 06 —
Phosphates.	2 gr. 50 —	2 gr. 46 —
Albumine .	28 gr. 20 —	Néant.

Les jours suivants, nouvelles crises chaque fois que la malade sort et qui vont en s'affaiblissant.

La numération des globules du sang a montré qu'ils existaient en nombre presque normal.

IV

M. Variot fait une longue communication pour prouver que les enfants atteints de croup diphthéritique ou non se trouvaient très bien d'être mis dans une atmosphère de vapeur d'eau ; il a fait organiser à l'hôpital Trousseau des salles dans lesquelles bout constamment une grande bassine d'eau, de façon à sursaturer l'air de la chambre ; depuis ce temps, et les chiffres qu'il rapporte en font foi, les interventions (tubages et trachéotomies) ont diminué et un plus grand nombre d'enfant guérissent sans intervention.

Il se peut qu'il y ait là une innovation dans l'installation du service du Dr Variot, mais les avantages de la saturation de l'air par la vapeur d'eau étaient déjà anciennement connus.

(*Séance du 14 juin.*) — M. Comby vient lire l'observation d'une petite fille de 4 ans traitée par lui en 1892 pour une diphthérie avec retentissement laryngé : fort tirage sus-sternal et abdominal, voix éteinte, cyanose marquée. Il lui fit faire toutes les heures pendant cinq minutes une pulvérisation de vapeur d'eau avec le pulvérisateur de Lucas-Championnière. On enveloppait la tête et la poitrine avec du taffetas gommé et on la plaçait la bouche ouverte à 20 centimètres du pot de vapeur dirigé vers elle. On peut ainsi éviter l'intervention ; l'amélioration fut rapide et il n'y eut pas besoin de recourir à la trachéotomie.

Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

GAIACOL CONTRE LES NÉVRALGIES

Dans deux cas de sciatique et un cas de névralgie sus-orbitaire où les applications épidermiques de gaïacol n'avait procuré qu'un soulagement insuffisant et passager, M. le Dr J. M. Anders, professeur de clinique médicale au Medico-chirurgical College de Philadelphie, a obtenu une action curative rapide par des injections hypodermiques d'un mélange de II gouttes de gaïacol et de X gouttes de chloroforme, qu'il pratiquait au voisinage du nerf lésé. L'un des malades atteint de sciatique fut guéri complètement après deux injections faites à un intervalle de trente-six heures. Dans l'autre cas de sciatique, où la névralgie était bilatérale et d'origine diabétique, les effets du traitement ont été moins rapides, mais néanmoins remarquables. Dans ce cas il fallut, pour calmer la douleur et permettre au malade de marcher, faire d'abord quotidiennement deux injections de gaïacol chloroformé, puis la fréquence des injections put être diminuée au point qu'au bout d'un mois il suffisait d'une injection tous les deux jours pour éviter toute souffrance au malade. Le cas de névralgie sus-orbitaire fut guéri complètement après trois injections de gaïacol et de chloroforme pratiquées près du point d'émergence du nerf malade. (*Semaine médicale*, 3 avril.)

TRINITRINE CONTRE LA SCIATIQUE.

Depuis que les divers médicaments analgésiques dérivés du goudron de houille sont devenus d'un usage courant, la trinitrine n'est que peu ou point employée dans la thérapeutique des névralgies. Cependant, récemment encore, un médecin russe, M. le Dr P. M. Mikhalkine (de Nijni-Novgorod), a eu l'occasion de se convaincre des propriétés antinévralgiques puissantes de ce médicament, si injustement délaissé, dans trois cas de sciatique invétérée qui s'étaient montrés absolument rebelles à l'antipyrine, la phénacétine, l'acétanilide, l'hydrate de chloral, les bromures et autres médicaments analogues, ainsi qu'à l'emploi des révulsifs.

Sous l'influence de la nitroglycérine, deux des malades ont été radicalement guéris de leur sciatique, et dans le troisième cas il s'est produit une amélioration considérable. La trinitrine a été administrée soit en solution alcoolique à 1 p. 100, dont les malades prenaient III gouttes par jour, soit sous la forme d'une mixture formulée comme suit :

Solution alcoolique de trinitrine à 1 p. 100.	5 grammes
Teinture de capsicum.	7 gr. 50
Eau distillée de menthe.	15 grammes

F. S. A. — A prendre : V à X gouttes trois fois par jour. (*Semaine médicale*, 23 janvier.)

Nous connaissons depuis longtemps l'emploi de la glonoïne dans les névralgies, principalement dans celles qui siègent à la tête ou la face ; cependant elle a été employée, surtout en Angleterre, dans toutes sortes de névralgies.

LAVEMENTS HUILEUX DANS LE TRAITEMENT DE LA COLIQUE HÉPATIQUE ET DE LA CONSTIPATION.

Pour remplacer l'ingestion de l'huile, qui est souvent difficile à faire accepter, le Dr Blum (de Francfort-sur-le-Mein) a trouvé que les lavements huileux fréquemment répétés sont presque aussi actifs contre la colique hépatique que l'ingestion d'huile d'olive à haute dose. Comme, d'autre part, ces lavements sont très faciles à employer et toujours bien supportés par les malades, ils peuvent être continués indéfiniment, jusqu'à ce que l'on obtienne un résultat satisfaisant et durable.

Les lavements huileux agiraient non seulement en favorisant les garde-robes mais ils exerceraient aussi une action cholagogue manifeste, qui faciliterait l'expulsion des calculs.

On administre d'abord quotidiennement un lavement de 400 à 500 grammes d'huile tiède ; puis au bout de deux semaines, tous les deux jours, puis tous les trois jours, puis à intervalles plus éloignés ; naturellement on rapproche ces lavements si l'on voit survenir les prodromes d'une crise imminente.

L'effet sur la constipation est très favorable et se continue même après cessation du lavement.

(*Semaine médicale*, 27 mars.)

INGESTION DE CAPSULES SURRÉNALES DANS LE DIABÈTE INSIPIDE.

Chez une femme de 39 ans, atteinte de diabète insipide, M. le Dr W. Clark (de Cheshunt) a fait ingérer tous les deux jours, au coucher, la moitié d'une capsule surrénale

râpée et étendue sur deux tranches de pain disposées en sandwich. Sous l'influence de ce traitement, la quantité des urines émises en vingt-quatre heures, qui était de 18 litres, a baissé jusqu'à 1.500 c.c. L'état général s'est amélioré considérablement : la malade, qui auparavant pouvait à peine se mouvoir, est capable maintenant de faire des courses de plusieurs kilomètres et de s'occuper activement de son ménage et de ses enfants. Dès qu'elle interrompt son traitement, la quantité des urines augmente rapidement et la polydipsie, ainsi que la faiblesse, réapparaissent aussitôt. (*Semaine médicale*, 15 *juin.*)

OPÉRATIONS CÉSARIENNES MULTIPLES CHEZ LA MÊME FEMME

Les faits suivants ont été rapportés au congrès de la société allemande de gynécologie tenu dernièrement à Vienne.

M. Lohlein. — La littérature médicale ne renferme que quatre cas dans lesquels l'opération césarienne ait été pratiquée trois fois chez la même femme. Je puis vous en citer deux autres. Dans l'un d'eux, la première opération fut faite par mon prédécesseur, M. Kaltenbach; je pratiquai les deux autres. Lors de la troisième intervention, la malade me déclara qu'elle ne désirait pas avoir d'autres enfants et me pria de m'arranger en conséquence : c'était me dicter ma règle de conduite et je pratiquai l'opération de Porro. Dans le second cas, je fis trois fois l'opération césarienne chez la même femme, mais lors de la seconde et de la troisième intervention j'évitai d'ouvrir le ventre sur la première cicatrice : je passai une fois à gauche, l'autre fois à droite.

M. Skutsch. — Je connais un cas ayant trait à une femme qui a subi quatre fois l'opération césarienne : les deux premières fois à Iéna, la troisième fois à Leipzig, dans le service du professeur Zweifel, et la quatrième fois de nouveau à Iéna. Les sutures ont été faites trois fois à la soie, une fois au catgut; les quatre enfants sont vivants et très bien portants, ainsi que la mère.

(*Semaine médicale*, 15 *juin.*)

DES SELS DE CHAUX DANS LE TRAITEMENT DU DIABÈTE.

M. le Dr K. Grube (de Neuenahr) a eu l'occasion d'observer trois sujets atteints de diabète grave qui furent remarquablement améliorés par l'ingestion de poudres calcaires. Le premier, âgé de 25 ans, avait été traité d'abord par M. le Dr Pavy (de Londres) ; après une cure à Neuenahr, qui fut suivie d'un résultat thérapeutique presque nul, M. Grube estimait que le malade ne passerait pas l'hiver; et il ne fut pas peu surpris lorsqu'à la saison suivante il vit revenir son patient dans un état presque satisfaisant : il avait augmenté de plus de 4 kilogrammes, se sentait plein de vigueur et, à l'exception d'une constipation opiniâtre, ne souffrait plus d'aucun trouble subjectif imputable au diabète. Cette modification heureuse de l'état général était survenue depuis que le malade prenait tous les jours une grande cuillerée à café de coquilles d'œufs pulvérisées, moyen que lui avait indiqué à Londres un ouvrier diabétique dont l'état avait été amélioré par le même moyen après avoir été traité sans succès à l'hôpital. M. Grube examina les urines du malade et constata qu'elles contenaient toujours 2 à 3 p. 100

de sucre, de l'acétone et de temps à autre de l'acide diacétique. Malgré l'amélioration de l'état général, l'ingestion de coquilles d'œufs n'avait donc exercé aucune influence favorable sur le diabète lui-même.

Bientôt après M. Grube put constater l'effet produit par l'injestion de coquilles d'œufs dans un autre cas de diabète grave, survenu chez un homme de 30 ans. L'état général de ce malade se modifia rapidement d'une façon avantageuse et son poids augmenta d'environ 1 kilogramme en l'espace de trois semaines ; mais l'observation dut s'arrêter là, car le patient fut emporté par l'influenza.

Dans un troisième cas, il s'agissait d'un diabétique de 41 ans, très amaigri et atteint d'un affaiblissement considérable de la vue. En place de coquilles d'œufs, M. Grube lui faisait ingérer chaque jour 4 grammes d'un mélange contenant 7 parties de carbonate de chaux et 1 partie de phosphate de chaux. Sous l'influence de ce traitement, l'état général se releva manifestement, la vision s'améliora et le poids du malade ne cessa d'augmenter (janvier, 125 livres ; février, 130 livres ; mars, 143 livres), malgré une glycosurie et une acétonurie persistantes.

(*Semaine médicale*, 5 *juin*.)

TRAITEMENT DU CANCER PAR LE SÉRUM ÉRYSIPÉLATEUX

On a déjà signalé un assez grand nombre de cas de guérison de cancers et de sarcomes par un érysipèle intercurrent ; cette circonstance peut donner une indication pour instituer une méthode de traitement par l'inoculation de l'érysipèle ; mais l'injection de cultures virulentes d'érysipélocoques ferait courir aux malades de grands dangers. Emmerich et Scholl ont trouvé le moyen de pré-

parer un sérum qui a des propriétés curatives manifestes, mais dont l'emploi ne comporte pas de dangers. Des moutons ayant été inoculés avec des cultures d'érysipèle, on les saigne et on recueille le sang dans des récipients stérilisés. Au bout d'un temps déterminé on retire le sérum à l'aide de pipettes et on le filtre pour en séparer les microbes. Le sérum ainsi préparé est renfermé dans des flacons de la capacité de 10 centimètres cubes que l'on dépose dans un endroit frais et obscur.

Les auteurs relatent six cas de carcinomes, le plus souvent ayant récidivé après opération, qui ont rétrocédé à la suite de ce traitement, ne laissant d'autre vestige qu'un très petit nodule. L'état général s'est amélioré parallèlement, les adénopathies cancéreuses ont disparu également. Le traitement a même réussi dans un cas de sarcome ayant six années de date, après trois semaines d'injections de sérum.

On peut donc considérer ce traitement comme un moyen spécifique, qui est d'autant plus efficace que le carcinome est plus récent ; en pareil cas la tumeur peut disparaître entièrement. Les doses de sérum à employer varient suivant le volume de la tumeur. Pour les petites tumeurs il suffit le plus souvent d'injecter chaque jour 1 à 4 centimètres cubes, pour les plus grosses on peut aller jusqu'à 25 centimètres. On fait des injections interstitielles en différents points. La douleur qui résulte de l'injection est négligeable. On ne constate d'autres phénomènes locaux qu'une certaine rougeur et du gonflement (pseudo-érysipèle) qui disparaissent au bout de quarante-huit heures. Dans les tumeurs énormes qui nécessitent une opération, le traitement a pour résultat d'empêcher les récidives.

L'opinion du D[r] Bruns est beaucoup moins favorable. Bruns a constaté, comme beaucoup de médecins, l'influence curative que l'érysipèle spontané exerce dans certains cas sur le cancer, aussi a-t-il saisi avec empressement l'occasion d'appliquer chez les cancéreux la méthode de traitement récemment préconisée par Emmerich et Scholl. Il a fait des injections de sérum dans six cas de tumeurs malignes. Les résultats obtenus par lui sont loin de concorder avec ceux d'Emmerich et de Scholl.

Il n'a constaté aucune diminution des masses cancéreuses; par contre, le traitement a donné lieu à des accidents qui se sont manifestés brusquement par des troubles de la respiration et de la circulation. De plus, dans tous les cas, a eu lieu une élévation de température, d'intensité proportionnelle aux doses injectées, accompagnée de troubles généraux. Dans un cas la température s'est maintenue très élevée pendant huit jours, avec des douleurs dans les membres d'une extrême violence. La cause de ces accidents doit être attribuée au défaut de stérilisation du sérum. Celui qu'a employé Bruns contenait au bout de quelques jours des flocons albumineux et des cocci.

On voit que si le pouvoir curateur du sérum érysipélateux est contestable, on ne peut nier par contre que son emploi ne présente des dangers.

(*Revue de thérapeutique*, 1[er] juin).

EMPOISONNEMENT PAR LA DUBOISINE A DOSE THÉRAPEUTIQUE.

M. le D[r] E. Marandon de Montyel, médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, a eu l'occasion d'observer, à l'asile de Ville-Evrard, 12 cas d'intoxication

par la duboisine survenus simultanément dans le service. Il s'agissait, dans ces cas, d'épileptiques traités d'abord avec un résultat favorable par des injections hypodermiques de sulfate neutre cristallisé de duboisine à des doses variant de 0 gr. 001 à 0 gr. 004 milligrammes, puis par des injections d'extrait de duboisine à la même dose. Les intoxications se produisirent le jour où l'on commença à entamer un nouveau flacon d'extrait qui était de même provenance que les précédents et dont les malades reçurent la dose habituelle. Les symptômes d'empoisonnement présentèrent des combinaisons variables chez les différents sujets. On notait un état d'ébriété particulière avec vertiges, vomissements, sensations de picotements à la peau, excitation psychique et motrice, hallucinations et délire suivis parfois d'un sommeil de plomb. Des accès prolongés de convulsions toniques et cloniques étaient également observés. Les malades étaient très pâles, bien que leur peau fût brûlante au toucher. Il existait aussi des sueurs abondantes parfois limitées à une moitié du corps, ainsi qu'une diarrhée verte plus ou moins profuse, de la polyurie et de la pollakiurie. Dans un cas il se produisit un collapsus cardiaque fort inquiétant, mais qui céda heureusement à l'emploi des excitants. Les pupilles étaient toujours dilatées au maximum, et ce signe s'accompagnait de larmoiement et de troubles visuels dus à la paralysie de l'accommodation. Enfin, on notait, comme phénomènes constants, une sécheresse extrême de la langue et de toute la cavité buccale ainsi qu'une soif ardente.

Tous ces intoxiqués ont guéri rapidement et une fois guéris ils ont tous réclamé la continuation du traitement par la duboisine, tant ils savaient apprécier son influence bienfaisante sur les attaques épileptiques.

On sait que les effets thérapeutiques de la duboisine se manifestent par une action calmante et hypnotique et s'accompagnent généralement d'une diminution des sécrétions. Or, ainsi que le montrent les observations de M. Marandon de Montyel, l'intoxication par cette substance provoque, au contraire, des symptômes d'excitation motrice et psychique, des convulsions et — abstraction faite de la sécheresse de la bouche — elle augmente les sécrétions, notamment celles de la sueur, des larmes, de l'urine et des mucosités intestinales.

(*Semaine médicale*, 6 mars).

LA CANTHARIDINE DANS LE TRAITEMENT DES CYSTITES.

Dans une discussion à la Société des médecins berlinois, à propos de la cantharidine qui a été employée dans le traitement de la tuberculose, le Dr Frendenberg rapporte qu'il a administré la cantharidine par la bouche dans des cas de cystite avec de très bons effets; il employait une solution au 100.000e (dose analogue à notre 5e dilution décimale). Sur 53 malades traités avec ce médicament, il ne compte que 5 insuccès, encore s'agissait-il de cas chroniques graves, qui s'étaient montrés rebelles a toute autre thérapeutique. (*Semaine médicale*, 6 mars).

TRAITEMENT DU GOITRE ET DE LA MALADIE DE BASEDOW PAR L'INGESTION DE THYMUS.

D'après les expériences cliniques instituées par M. le Dr J. Mikulicz, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Breslau, l'usage interne du thymus

exercerait sur le goître des effets analogues à ceux que produit l'ingestion du corps thyroïde.

Notre confrère a eu l'occasion d'essayer ce traitement chez 11 malades ; 10 d'entre eux, dont l'âge variait entre 13 et 28 ans, étaient atteints de goître simple. Dans 1 cas, il s'agissait d'une femme de 44 ans, présentant le syndrome classique de la maladie de Basedow.

L'emploi du thymus est resté sans effet dans 1 cas de goître seulement. Dans tous les autres, il a exercé une action plus ou moins favorable : une hyperplasie diffuse du corps thyroïde chez une jeune fille de 14 ans a disparu complètement en quinze jours ; dans 6 cas, on a vu se produire une réduction manifeste du volume du goître ; enfin dans 3 cas, la diminution de la tumeur a été peu considérable, mais cependant non douteuse. Il faut noter que, sur les 10 goîtreux, 5 avaient été envoyés dans le service de M. Mikulicz pour y subir la trachéotomie, tant était grande chez eux la sténose du larynx produit par la pression de la tumeur cervicale. Or, un seul de ces 5 malades a dû être opéré. Chez les 4 autres, l'amélioration des troubles respiratoires fut si considérable sous l'influence de l'ingestion de thymus qu'on put se passer de l'intervention chirurgicale.

M. Mikulicz a trouvé que dans les cas de goître où le thymus se montre efficace, l'action du remède est surtout rapide et considérable dans les huit à quinze premiers jours du traitement, fait qui, comme on sait, s'observe aussi lorsqu'on administre le corps thyroïde aux goîtreux. Ensuite, l'action thérapeutique du thymus se ralentit et s'affaiblit de plus en plus pour s'épuiser complètement au bout de cinq à six semaines.

Chez la femme atteinte de maladie de Basedow qui

fut envoyée dans le service de M. Mikulicz pour y être trachéotomisée, les effets du thymus ont également été excellents. Les troubles respiratoires diminuèrent au point d'écarter toute nécessité d'une intervention chirurgicale ; la tachycardie, les palpitations et l'exophtalmie s'amendèrent notablement, l'état général s'améliora en conséquence, et cela bien que le volume du cou n'eût diminué que d'environ 1 centimètre. L'action favorable du thymus dans ce cas est d'autant plus intéressante à constater que l'ingestion de corps thyroïde est généralement suivie, comme on sait, d'effets nuisibles chez les sujets atteints de maladie de Basedow.

Dans ses essais thérapeutiques, M. Mikulicz s'est servi de thymus frais de mouton finement haché. Les malades l'ingéraient trois fois par semaine étalé sur des tranches de pain. On commençait par une dose de 10 grammes qu'on portait progressivement à 25 grammes de sorte que les malades consommaient de 30 à 75 grammes de thymus par semaine. La quantité maxima du remède ingérée au cours du traitement a été de 375 grammes (dans le cas de maladie de Basedow). M. Mikulicz estime que des doses encore plus considérables de thymus pourraient être administrées sans inconvénient, car jamais il n'a observé chez ses malades d'amaigrissement, d'affaiblissement, ni d'autres symptômes d'intoxication si fréquents avec le traitement thyroïdien. Dans la thérapeutique du goitre, le thymus paraît donc présenter sur le corps thyroïde le grand avantage de l'innocuité.

On sait que le thymus, étant composé de tissu adénoïde, se rapproche, par sa structure, des ganglions lymphatiques; mais on sait aussi (Kölliker) qu'au début de son développement, pendant la vie fœtale, il représente une

véritable glande épithéliale et que, d'autre part, il affecte avec les processus de croissance de l'organisme des rapports intimes : ces deux derniers caractères le rapprochent de la glande thyroïde. C'est en se fondant sur ces analogies que M. Mikulicz a eu l'idée d'expérimenter le thymus dans le traitement du goître.

(*Semaine médicale,* 1[er] mai).

CORRESPONDANCE

TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE

Mon cher Confrère,

Permettez-moi d'abord de m'inscrire en faux contre votre manière de voir (1), qui est du reste partagée par la plupart de nos confrères aujourd'hui à savoir que ce traitement peut être considéré comme le plus efficace.

A l'appui de mon assertion j'apporte des faits qui me sont personnels, fondés sur une pratique différente et qui peuvent ouvrir une autre voie thérapeutique.

Ce n'est pas que je puisse fournir une statistique imposante, ainsi qu'on peut le faire dans les hôpitaux, ni m'étayer de démonstrations microscopiques, mais de dire simplement, en clinicien, que dans 22 cas où le doute n'était pas possible, c'est-à-dire dans lesquels

---

(1) Cette lettre nous est adressée par le D[r] Frestier, un de nos abonnés, qui combat notre manière de voir sur la sérothérapie ; nous avons cru devoir reproduire sa réclamation, quoique les observations sur lesquelles il s'appuie manquent de la confirmation bactériologique et ne sont pas, par conséquent, absolument concluantes. M. J.

les symptômes généraux et locaux ne démontraient que trop la présence des bacilles de Löffler, que dans ces 22 cas, affirmons-le, il n'y a eu que 2 morts, dont une le lendemain de notre première visite, soit dix heures après, ce qui pourrait mettre le fait à notre décharge, la médication n'ayant pu, dans un temps si court et *in extremis*, produire ses effets.

Toutes ces angines très graves ont évolué dans la région stéphanoise, en pleine épidémie de diphtérie.

Quels moyens employez-vous donc ? me direz-vous.

A l'intérieur, notre traitement classique : belladone et carbonate de baryte, alternativement, auxquels je joins phytoloca, et quand le mal résiste cyanure hydrarg. à la 4e trituration centésimale. Enfin le brome, suivant les indications de notre savant et regretté Ch. Ozanam, dans l'extension de la maladie au larynx et aux bronches.

Quant au traitement local il a une large part aux succès, du moins nous le croyons fermement ; et la meilleure preuve c'est que la pratique hahnemanienne n'avait jamais pu, à elle seule, mettre en ligne une pareille statistique (2 décès sur 22 malades des plus gravement atteints). Voici en quoi consiste ce traitement local : l'emploi d'une eau électrisée par une machine statique, avec des feuilles d'or comme armature intérieure à la bonbonne et une boule d'or comme électrode d'où partent les étincelles au-dessus de l'eau. C'est en un mot la préparation d'eau électrisée de Beckesteiner, que j'ai modifiée sous le nom de chrysophore. J'ajoute à chaque gargarisme de cette eau quelques gouttes de perchlorure de fer à 30° (une ou deux gouttes). Ces gargarismes sont répétés toutes les trois heures environ. Si les fausses membranes ne se détachent pas facilement, il est bon de porter sur elles

directement un pinceau chargé du liquide afin de déterger le plus possible les points envahis.

Chez les enfants qui ne peuvent ou ne veulent pas se gargariser, ou si les attouchements avec le pinceau sont impossibles, les lavages par un irrigateur sont nécessaires avec de l'eau salicylée, puis avec de l'eau chrysophore légèrement perchlorurée, en petites irrigations terminales.

Au moyen de ce traitement mixte (interne et externe) ainsi que nous venons de l'exposer, la guérison est la règle, disons-nous. Si le danger paraissait trop grand, rien n'empêcherait toutefois de recourir aux injections de sérum anti-diphtérique. Mais nous avons pu nous en passer avec d'autant plus d'avantage, nous aimons à le répéter, que, par notre méthode, la guérison s'est opérée vingt fois sur vingt-deux, et malgré les circonstances les plus alarmantes.

Notre eau chrysophore est ozonisée dans l'électrolyse et tient en suspension de l'or à l'état atomistique ; de plus par son union avec le perchlorure de fer, elle forme ce sel double à l'état naissant ; bref elle triomphe des produits diphtéritiques avec une sûreté d'action et une innocuité vraiment merveilleuses.

Elle demande, cela est vrai, une préparation longue et délicate, mais elle peut ensuite se conserver durant des mois sans s'altérer pourvu qu'elle soit bouchée à l'émeri et tenue dans l'obscurité. Elle est souveraine dans les ophthalmies purulentes et toutes les fois qu'il s'agit de détruire une inflammation, même de nature spécifique. En outre elle est complètement inoffensive sur les organes les plus délicats.

Dr Frestier.

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY. 52, rue Madame. — *Téléphone.*

.

L'ART MÉDICAL

AOUT 1895

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

AVIAIRE ET BACILLINUM

SOMMAIRE : I. *Aviaire :* 1° Analogie mais non identité de la tuberculose aviaire, ou tuberculose des oiseaux avec la tuberculose humaine ; 2° Série de cas traités avec aviaire à l'hôpital Saint-Jacques dans les bronchites suspectes, bronchites grippales avec localisation aux sommets et simulant la tuberculose, bronchites capillaires, etc., examens bactériologiques, inoculations et cultures.
II. *Bacillinum :* 1° Action des virus tuberculeux dans les maladies analogues et non identiques ; 2° Action particulière du bacillinum sur la dyspnée dans les affections catarrhales non tuberculeuses du poumon ; 3° Cas du Dr Mersch, de Bruxelles.
III. Essai d'une comparaison entre aviaire et bacillinum.

I. La tuberculose aviaire ou tuberculose des gallinacées, est une variété de bacillose très analogue à la tuberculose humaine. Koch prétendait qu'il n'existait qu'une seule et même espèce de bacille tuberculeux, mais des travaux récents, provenant surtout de l'Ecole française, sont venus démontrer d'une façon certaine, la non identité de la tuberculose aviaire avec la tuberculose humaine.

Cette question, si intéressante au point de vue de la thérapeutique homœopathique, n'a pas fait de grands progrès depuis un an, et la littérature médicale est absolument muette au sujet de nouvelles expériences dirigées dans ce but.

Le fait le plus saillant qui ressort des inoculations de culture pure de tuberculose aviaire est que les cobayes et les lapins résistent beaucoup mieux à ces injections qu'aux cultures pures de tuberculose humaine, que le chien semble être absolument réfractaire à l'inoculation aviaire, alors qu'il ne l'est pas à la tuberculose humaine injectée, enfin que les singes, si sensibles à la tuberculose spontanée ou expérimentale, sont également réfractaires aux inoculations de tuberculose aviaire. Tel est le résultat des travaux de Richet et Héricourt, Strauss, Rivolta, Daremberg, Grancher, Ledoux-Lebard, Frendenreich, Maffuia, etc., etc. Quant au bacille lui-même et à sa coque d'entourage, il semblerait y avoir quelque légère différenciation avec le bacille de Koch.

J'ai dirigé cette année, pendant mon service à l'hôpital Saint-Jacques, une série d'essais sur l'action d'aviaire non pas dans la tuberculose pulmonaire, ce terrible ennemi qui nous laisse toujours vaincus, mais dans des bronchites plus ou moins graves, complications de grippe pour la plupart, et ayant (quelques-unes du moins) une localisation avec prédominance aux sommets. En d'autres termes, j'ai recherché l'action homœopathique et non isopathique d'aviaire dans les affections respiratoires, reprenant ainsi pour la tuberculose aviaire, la thèse que plusieurs médecins homœopathes soutiennent, entre autres moi-même, pour la tuberculose humaine.

Les virus tuberculeux sont-ils des médicaments homœopathiques à l'instar de la bryone, de l'émétique, du phosphore, de l'arsenic, etc., dans les maladies des voies respiratoires en général, telle est la question que j'étudie depuis trois ans, et dont j'ai déjà entretenu les lecteurs de

ce journal en janvier 1894, à propos d'un cas de broncho-pneumonie guéri avec le bacillinum.

J'ai eu l'occasion de prescrire aviaire à 16 malades de l'hôpital, et l'un des premiers sujets sur lequel j'ai expérimenté ce nouveau remède, est l'un des cas les plus curieux que je connaisse.

Il s'agit d'une domestique âgée de 36 ans, qui attrape la grippe au commencement du mois de janvier dernier. Mouvement fébrile à type rémittent : 39° le soir, 38° le matin, toux continuelle, expectoration abondante et puriforme. La malade est atteinte pendant un jour d'un crachement de sang abondant. A cette époque, M. le Dr Jousset lui donne la première trituration de sulfate de quinine qui fait tomber la fièvre, et plus tard ipéca et bryonia qui diminuent la toux. La malade semble entrer en convalescence le 4 février. Mais pas du tout : voilà que quelques jours après, les symptômes s'aggravent : la fièvre se rallume, la toux devient incessante, l'expectoration abondante, la malade maigrit, ne mange plus, etc.

Bref, un foyer de râles, absolument localisés au sommet gauche, se déclare, offrant l'aspect d'une tuberculose pulmonaire par tous les symptômes stéthoscopiques. Chose curieuse, le Dr César, qui dirigeait le laboratoire de l'hôpital à cette époque, trouve le bacille de Koch dans les crachats. Nul doute alors que la malheureuse bonne n'ait rencontré après sa grippe le fâcheux microbe de la tuberculose! Le 1er mars, je prends le service de l'hôpital, j'ausculte cette femme : nombreux râles sous-crépitants, presque gargouillants sous la clavicule gauche, mêmes râles en arrière au sommet gauche, matité et exagération de la voix au sommet gauche. Rien au sommet droit et rien aux bases, crachats nummulaires, aspect cachectique,

fièvre et sueurs nocturnes, etc. La malade ne se levait pas de son lit.

Bref, j'en fais aussi une tuberculose pulmonaire arrivée au 2^{e} degré et à marche rapide. Je lui donnais plusieurs médicaments sans grand succès, lorsqu'il me vint à l'idée d'essayer aviaire. Prescription : aviaire 100^{e}, V gouttes par jour. Au bout de quelques jours la malade va mieux. Elle a commencé par moins tousser la nuit, puis la température a baissé pour devenir normale, l'appétit est revenu, elle a un peu engraissé. Bref au bout de quinze jours, fortement intrigué de mon diagnostic tout autant que de l'effet du médicament, je l'examine scrupuleusement. Les râles ont diminué, mais sont toujours nettement localisés au sommet gauche ; matité à gauche. Nous prenons les crachats de la malade qui sont encore un peu nummulaires, mais plus aérés qu'il y a quinze jours.

M. Hebert et moi, nous ne trouvons pas de bacilles de Koch au microscope, seulement des streptocoques et des débris d'épithélium. Nous inoculons un cobaye avec un crachat de la malade, l'animal se porte parfaitement bien ; quinze jours après, nous sacrifions l'animal, bien malgré lui, car il n'avait nullement envie de décéder, et nous trouvons tous ses organes absolument sains. L'amélioration de la malade, la semaine suivante, fait encore des progrès remarquables, si bien qu'au bout de trois semaines elle était méconnaissable. Elle reste encore un mois à l'hôpital en observation ; elle sort de l'hôpital le poumon gauche absolument libre, et considérée comme guérie. Eh bien ! voilà un cas où bien des médecins, peu scrupuleux, viendraient proclamer la guérison d'une tuberculose en trois semaines. A mon avis, cette femme n'a jamais été phtisique. Il est impossible, quelquefois, de

faire un diagnostic entre une bronchite simple du sommet et une bronchite tuberculeuse; c'est pour cela qu'il faut s'attendre à de singulières surprises.

Mais alors, que signifie cet examen du Dr César, où l'on trouvait le bacille de Koch ! Dame, tous les César peuvent se tromper, et en admettant même que notre confrère ait eu raison, il peut y avoir dans les crachats des bacilles de Koch sans que le malade soit tuberculeux. Il y a des bacilles dans les salles d'hôpital en abondance, il y en a dans le nez des infirmiers et des étudiants qui fréquentent les poitrinaires, on a même trouvé, dit-on, des microbes dans le nez du chef d'orchestre de l'Opéra ! Qu'y a-t-il d'impossible qu'un malade, en respirant, ait des bacilles de la tuberculose dans ses bronches, sans que le microbe trouve un milieu de culture dans ses poumons !

La conséquence thérapeutique de ce singulier cas me paraît encore plus intéressante que la discussion du diagnostic. Voilà un merveilleux exemple de l'application d'aviaire sur une bronchite du sommet avec aspect typique de la tuberculose. J'ai donné aviaire 100e, V gouttes par jour; la malade a pris régulièrement ce médicament pendant vingt jours environ.

II. Voici un 2e cas qui appartient à ma clinique de l'hôpital et que j'ai suivi plus tard en ville. C'est une petite fille de douze ans qui attrape un vulgaire rhume. Mais ce rhume au lieu de se passer sous l'influence du calmant, prescrit par un médecin allopathe, ne fait qu'augmenter de jour en jour. Toux continuelle la nuit, sèche, quinteuse, ébranlante ; l'enfant, ne dormant plus, dépérit, ne mange pas, et a des sueurs profuses dans son lit. Cette situation durait depuis un mois lorsqu'on

m'amène la fillette à la clinique. Hyoscyamus, drosera, rumex, kali bichromicum, bryonia, et j'en passe d'autres, furent essayés, suivant les symptômes, pendant plus de deux mois sans amener aucune amélioration dans la toux. Quintes incessantes, provoquées par un chatouillement à la gorge, mais nullement d'apparence coqueluchoïde ; cependant, avec l'homœopathie, l'enfant mangeait de nouveau et avait repris des forces. Le rhume devint un peu gras sans perdre toutefois de son intensité, et je commençais à percevoir au sommet du poumon gauche des sibilances et des râles muqueux que je n'entendais pas à droite ; les râles s'étendirent bientôt à tout le poumon gauche, et même je constatais un foyer de râles plus fins sous la clavicule gauche. Je craignais fortement que l'enfant ne devînt tuberculeuse. J'essayai d'abord aviaire 30^e pendant deux jours et repos deux jours durant quinze jours. L'enfant et les parents me disent qu'il y a moins de toux pendant les jours du saccharum lactis. Je prescrivis alors aviaire 100^e, X gouttes dans 125 grammes d'eau, 4 cuillerées à dessert par jour. L'enfant prit aviaire 100^e pendant plus d'un mois régulièrement tous les jours et je puis affirmer que ce fut ce remède, à la 100^e, qui guérit cette toux opiniâtre qui avait duré six mois en tout ! La caractéristique de cette toux était : aggravation le soir de dix heures à minuit (hyoscyamus avait très peu diminué ce symptôme), aggravation après les repas (nux vomica avait également été essayé), sensation de chatouillement à la gorge (rumex, kali bichr., bryone avaient été prescris sans succès). Auscultation : bronchite du sommet gauche caractérisée par des râles muqueux et sibilants, et, pendant quelques jours, râles fins sous la clavicule gauche.

III. Le cas suivant est celui d'une jeune fille venant d'un pensionnat de sœurs, et couchée au n° 5 de la grande salle des femmes. C'est également une bronchite aiguë, fébrile, avec amaigrissement rapide, sueurs profuses, perte de l'appétit, mais cette fois la bronchite est disséminée dans les deux poumons. Râles muqueux et sous-crépitants surtout aux deux bases ; il y a plus de congestion au poumon gauche et, au niveau de l'omoplate gauche, on constate des râles fins. Je donne à cette jeune fille calcarea carbonica 30e qui fait du bien pendant quelques jours, mais les sueurs reprennent et je dois discontinuer. Prescription : Aviaire 100e, V gouttes par jour du 15 au 28 mai, jour où elle sort de l'hôpital complètement guérie. La cure fut donc particulièrement rapide dans ce cas-là. L'amélioration se manifesta dès le début par la diminution de la toux, des sueurs, et le réveil de l'appétit. Les progrès de la guérison se constatèrent visiblement tous les jours à l'auscultation.

IV. Nous avons eu dans la petite salle des femmes, lit n° 3, une dame que je fis entrer presque à regret à l'hôpital, croyant, au premier aspect, avoir affaire à une tuberculeuse. D'aspect cachectique, elle devait rester quelques jours à l'hôpital seulement pour prendre un peu de forces afin de retourner dans son pays, ne pouvant plus travailler à Paris. Elle avait contracté la grippe qui régnait dans la maison, et depuis un mois elle dépérissait à vue d'œil, toussait continuellement la nuit, et avait dû s'aliter tant les forces l'abandonnaient. A mon grand étonnement je ne trouvais rien de suspect aux poumons, mais un énorme souffle au cœur, suite d'un rhumatisme articulaire qu'elle avait eu il y a deux ans. Caractéristique : toux

sèche, irritante, plus forte la nuit, obligée de s'asseoir sur son lit, oppression. Aviaire 100e, V gouttes tous les jours; huit jours après, la malade ne toussait plus, et partait dans son pays en pleine convalescence.

V. Mlle Jules, est une vieille demoiselle de 71 ans, qui est atteinte tous les hivers de bronchite plus ou moins intense ; mais ce qui est surtout tenace, ce sont des râles de congestion passive, dus évidemment au ralentissement de la circulation pulmonaire. Aviaire 100e a calmé la toux très rapidement, mais les râles de la base des deux poumons ont persisté toujours malgré aviaire et d'autres médicaments.

VI. Une dame d'environ 50 ans est entrée à l'hôpital Saint-Jacques le 19 mai, lit n° 8, pour une bronchite, limitée aux fosses sus et sous-épineuses de l'omoplate gauche. Les crachats étaient épais et jaunâtres. La malade prit aviaire 100e pendant neuf jours, et sortit de l'hôpital ne toussant plus.

VII. Le cas n° 7 est celui d'un homme ayant été atteint d'une pleurésie, à la suite de laquelle il s'était déclaré une petite toux sèche, opiniâtre, avec amaigrissement et état général mauvais. Aviaire 100e lui fit le plus grand bien, la toux diminua au point d'être presque nulle, et les forces reprirent. Notre homme voulut sortir de l'hôpital, se croyant guéri ; mais nous le vîmes revenir à la consultation externe, ayant une rechute assez sérieuse, et depuis je n'ai pas entendu parler de lui.

VIII. Femme ayant été soignée par M. le Dr Jousset, en février, pour un crachement de sang abondant, probablement de nature tuberculeuse. Lorsque le crachement

fut arrêté, nous prescrivîmes aviaire, mais il se déclara, pendant ce traitement, une congestion pulmonaire, à mon avis tuberculeuse, et je discontinuai l'usage d'aviaire.

IX. Vieille cardiaque avec cirrhose du foie, en traitement à l'hôpital depuis plus d'un an, ponctionnée toutes les deux à quatre semaines. J'ai donné aviaire à cette malade à cause d'une toux incessante, de nature cardiaque. Aviaire lui fit un peu de bien, mais je dois avouer que, dans ce cas, la thyroïdine s'est montrée plus efficace qu'aviaire pour la toux. La thyroïdine n'a pas augmenté la quantité des urines, et n'a pas espacé l'époque des ponctions.

X. J'ai donné aviaire 100[e] il y a trois mois, à une Américaine, cliente de la ville, qui promenait une bronchite avec elle dans son voyage en Europe. Elle avait été très souffrante en Italie; cette personne constata d'elle-même l'efficacité d'aviaire.

J'arrive à parler succinctement de six essais d'aviaire à des dilutions élevées sur des tuberculeux. Ces 6 malades étaient pour la plupart des poitrinaires avancés sur lesquels malheureusement aviaire à toutes les dilutions n'a pas plus d'action que les autres médicaments. Cependant sur ces 6, il y en avait 1 qui présentait des lésions moins avancées que ses voisins, mais dont le cas se compliquait de mal de Bright. Pendant l'usage de ce remède, le malade toussa beaucoup et sortit volontairement de l'hôpital. Pour ce qui est du traitement de la tuberculose humaine par la tuberculose aviaire, je ne puis mieux faire que de renvoyer le lecteur aux leçons cliniques de M. le D[r] P. Jousset, qui a plus d'expérience que moi à ce sujet; il a étudié cet agent depuis plusieurs années et a relaté

dans l'*Art Médical* ses essais à différentes dilutions et en injections hypodermiques. Si je ne me trompe, je crois que le Dr Grancher avait également tenté des injections de tuberculose aviaire à l'hôpital des Enfants-Malades, et les a maintenant abandonnées.

*
* *

Nous avons publié dans l'*Art Médical* (janvier 1894) et dans l'*Hahnemannian Monthly* (juillet 1894) le cas d'un vieillard atteint de broncho-pneumonie non tuberculeuse, qui, au dernier degré de l'asphyxie, avait été sauvé par le bacillinum, c'est-à-dire le produit pur et simple d'un morceau de poumon atteint de tuberculose typique. — J'avais fait remarquer l'utilité des produits tuberculeux dans des états analogues et non identiques à la tuberculose. Depuis cette époque (le cas se passait en septembre 1893), j'ai eu maintes fois l'occasion de confirmer la valeur de ce fait isolé.

J'ai vérifié plusieurs fois d'une façon très nette que le bacillinum, préparé par Heath à Londres, soulageait la dyspnée et la toux dans les affections non tuberculeuses des voies respiratoires. Je dirais même, d'après mes observations, que le *bacillinum soulagerait plus la dyspnée encore que la toux*; dans un cas, il a diminué l'oppression en augmentant la toux quelques jours après. Le vieillard dont j'ai parlé dans ma clinique, étouffait littéralement. L'année dernière j'ai eu à traiter en ville un autre vieillard octogénaire, qui, à la suite d'un refroidissement, eut de l'encombrement dans les bronches et les bases du poumon; il passait des nuits sans sommeil, se tenant sur son séant, cherchant à respirer profondément. Phosphorus, arsenic, stibium, etc., ne produisaient aucun soula-

gement; je lui donnai bacillinum 30, et il se mit à dormir toute sa nuit. Des doses *espacées* de ce remède amenèrent toujours un bien-être très grand. Récemment un tapissier me fait appeler chez lui ; il préfère ne pas se coucher plutôt que de passer la nuit dans son lit les yeux ouverts ; il a de l'asthme avec une toux incessante qui finit par amener à force d'efforts des mucosités jaunes, épaisses, puriformes; pendant huit jours, il prit arsenic et blatta, et il resta la semaine sans dormir; dès qu'il prit bacillinum, il se mit à dormir.

Cette action du bacillinum capable de soulager l'oppression dans les catarrhes pulmonaires n'a rien de surprenant au point de vue de la loi de similitude. Ce médicament est préparé avec un morceau de poumon atteint de tuberculose virulente ; or dans la phase aiguë, infectieuse de la tuberculose, la dyspnée est un symptôme caractéristique, bien plus pénible encore que la toux.

J'ai lu avec plaisir dans le dernier article du D[r] Mersch, de Bruxelles, sur la tuberculose, dont je parlerai plus loin, un fait qui corrobore ce que j'ai dit sur l'influence du bacillinum pour combattre la dyspnée. Il s'agissait d'un asthme bronchique. Après la sixième dose, la patiente était prise de douleurs intercostales violentes, la toux avait augmenté, mais l'oppression avait entièrement disparu dès le premier jour, et ne revint pas même trois mois après le traitement.

Dans trois articles du *Journal belge d'homœopathie* (novembre 1894 et janvier et mai 1895), le D[r] Mersch publie un excellent travail sur la *tuberculine*. Il donne même une pathogénésie de ce virus en tant que remède homœopathique, pathogénésie déjà faite par les D[rs] J. H. Clarke et Dekeghel.

Un reproche que je ferai à ce travail, c'est la dénomination même des produits. Un peu de clarté dans la qualification des différents virus tuberculeux ne nuirait pas à la science; avec le mot « tuberculine », on ne sait si l'on emploie la lymphe de Koch, ou le produit tuberculeux préparé par le procédé de Heath, qui n'offre pas du tout la même pathogénésie. Il est plus sage de désigner sous le nom de bacillinum, le produit du poumon tuberculeux; de tuberculine, la lymphe de Koch; d'aviaire, la tuberculose des oiseaux; de tuberculinum testii, la tuberculose des testicules etc., etc.

Les quatre cas cités par le D[r]. Mersch sont très instructifs.

Le premier est celui d'un membre du Parlement hollandais ayant contracté une pneumonie qui passa à l'état chronique. Au milieu d'une rechute, il expectora des crachats rouillés, dont la coloration rouge disparut complètement en trois jours avec tuberculine 30.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une personne qui, à la suite d'une rougeole, fut prise d'une broncho-pneumonie. Au cinquième jour, le D[r] Mersch lui administra tuberculine 6. Du jour au lendemain, l'état de la poitrine fut transformé.

Le troisième cas est celui d'une vieille dame, atteinte aussi de broncho-pneumonie avec les voies digestives en mauvais état depuis fort longtemps. Après une journée fort inquiétante sous l'action du remède, l'amélioration fut considérable, et c'est à peine si le D[r] Mersch trouva un peu de bronchite, là où la veille il n'entendait que du souffle tubaire. La prescription était : tuberculine 6, 8 paquets de globules à administrer de deux en deux heures.

Enfin dans un quatrième cas, il s'agissait d'une bronchite capillaire chez une malade de 25 ans, très vigoureuse, mais présentant des symptômes d'angine de poitrine; le Dr Mersch eut l'occasion de s'étonner une fois de plus de la rapidité avec laquelle pouvait se manifester l'action thérapeutique de la tuberculine dans de tels cas.

Plusieurs autres médecins ont préconisé les virus tuberculeux contre des affections analogues et non identiques à la tuberculose; mais ils sont rares, car tous les efforts ont surtout été dirigés pour combattre la tuberculose par son propre virus.

S. D. Ebersole recommande l'emploi de la tuberculine aux personnes qui prennent froid à tout instant. Horace, Holmer et Clarke conseillent la tuberculine dans des cas d'influenza. Le Dr P. Jousset a donné dans l'*Art Médical* la description de cinq cas d'affection rénale où la lymphe de Koch a montré une action curative des plus manifestes, et a récemment entretenu la Société française d'homœopathie sur ses nouvelles recherches dans le traitement de l'albuminurie. Steinhauf a également obtenu la guérison d'une néphrite parenchymateuse par le tuberculinum, après avoir échoué avec d'autres remèdes.

*
* *

Il serait prétentieux de ma part d'indiquer un diagnostic différentiel entre aviaire et bacillinum. L'expérimentation pure d'aviaire sur l'homme sain manque complètement; quant à la matière médicale du bacillinum, elle est en partie fondée par des travaux allopathiques sur les effets toxiques de la lymphe de Koch ou tuberculine, qui n'est pas la même chose que notre bacillinum.

Toujours est-il qu'aviaire et bacillinum se ressemblent

beaucoup, puisqu'ils sont tous les deux tirés de produits tuberculeux, et qu'entre la tuberculose des poules et la tuberculose des hommes, il y a la plus grande analogie. Ce qu'il y a de certain encore, c'est que toutes les deux ont une action évidente sur les affections des voies respiratoires.

Pour moi, comme pour la plupart des homœopathes qui ont employé le bacillinum (Hering, Swan, Compton-Burnett, etc.), il est préférable d'administrer à des dilutions aussi hautes que possible les virus tuberculeux. Je ne prescris jamais au-dessus de la 30e les médicaments homœopathiques usuels, *mais jamais au-dessous de la 30e les virus tuberculeux.*

Je donne communément aviaire à la 100e centésimale, et le bacillinum surtout à la 30e centésimale, puis à la 100e, quelquefois à la 200e. Ces dilutions ne sont pas élevées en comparaison de celles des Dr Swan, Burnett, et les « high potentists » qui ordonnent la millième, dix-millième, cent millième, millionième, etc.

La fréquence des doses est une question également délicate. Compton-Burnett, celui qui s'est occupé le plus sans contredit du bacillinum, conseille des doses très espacées, toutes les semaines, tous les quinze jours. Je crois qu'il n'y a pas grand avantage à les éloigner de la sorte, et un intervalle de un à cinq jours suivant les circonstances me paraît être très favorable. Dans un cas aigu, je donnerais volontiers tous les deux jours, dans un cas chronique, tous les trois jours. Il n'en est pas de même d'aviaire que je prescris *quotidiennement* à mes malades. Je m'empresse de dire que c'est de l'empirisme le plus aveugle, et je serais bien embarrassé actuellement de donner la moindre explication de cette façon d'agir. Je ne me

permettrai pas aussi d'indiquer un diagnostic différentiel affirmatif entre bacillinum et aviaire. Je me contenterai simplement d'exprimer mes impressions sur ces médicaments.

Quand je me trouve en présence d'un malade atteint d'encombrement des bronches par des mucosités plutôt épaisses, opaques, puriformes, encombrement allant aux fines ramifications bronchiques, amenant de l'oppression plus encore que de la toux, je pense tout de suite au bacillinum. Le bacillinum est un médicament pour les gens âgés, les catarrheux, ceux dont la circulation pulmonaire est affaiblie et usée malgré l'âge du sujet, ceux qui ont de la dyspnée et qui toussent difficilement par paresse des voies respiratoires, ceux qui ont de l'asthme humide et qui étouffent la nuit, ceux qui, en prenant froid, frisent de suite la congestion pulmonaire, voilà, je crois, la sphère d'action la plus précise du bacillinum comme remède homœopathique.

Si nous nous rapportons à l'intoxication de la tuberculine (lymphe de Koch), nous notons la pneumonie catarrhale avec hépatisation molle et tendance à l'abcédation. A l'autopsie, au lieu d'un liquide gélatineux que l'on voit sourdre des alvéoles, c'est un liquide aqueux et opaque ; jamais, au dire de Virchow, on n'a trouvé de pneumonie croupale.

Signalons un symptôme qui semblerait être important dans la matière médicale de bacillinum. « Les dents paraissent réunies par une matière collante, visqueuse, qui gêne fort le malade. »

Etant donnée la tendance à la sécrétion, je n'ai jamais employé bacillinum dans l'asthme nerveux ; je le répète, c'est sur la dyspnée catarrhale qu'ont porté mes essais.

Quant aux indications d'aviaire, je suis forcé, comme les oiseaux, de voler de mes propres ailes. Il n'y a aucune pathogénésie établie, et, à ma connaissance, personne n'a encore écrit sur l'action d'aviaire dans les affections respiratoires non tuberculeuses.

Dans les dix cas que j'ai signalés, il semblerait qu'aviaire ne diminuerait pas seulement la toux comme un calmant ou un stupéfiant, mais tonifierait également l'organisme. Le relèvement des forces, le réveil de l'appétit sont des phénomènes que j'ai observés en concomittance avec la diminution de la toux.

J'ai pu donner aviaire 100ᵉ pendant des semaines et pendant même un mois régulièrement tous les jours sans avoir observé d'excitation ou d'aggravation. Ce serait donc un remède de longue haleine, dans certains cas capable de modifier l'organisme et de tonifier une constitution qui s'affaiblit à la suite d'une grippe ou d'une bronchite suspecte.

Remarquons qu'à l'encontre de bacillinum, j'ai noté dans les observations d'aviaire beaucoup de toux et peu de dyspnée, toux aiguë, inflammatoire, réellement irritante telle qu'on la rencontre dans des maladies aiguës, ou des affections subaiguës chez les gens jeunes, toux qui fatigue et qui amène la déperdition des forces et de l'appétit, toux suspecte en un mot.

Et pour finir mes conclusions sur l'utilité d'aviaire dans la *bronchite suspecte*, expression sur laquelle j'insiste encore, je rappellerai les exemples non douteux de guérison à l'hôpital Saint-Jacques de bronchites ou congestions pulmonaires localisées au sommet d'un des poumons, ou d'une bronchite d'un seul côté, ou d'une congestion avec prédominance sur un côté. Ces localisations d'un seul côté

sont des symptômes suffisamment graves pour faire craindre l'éclosion de la tuberculose.

Si j'étais moi-même atteint à la suite d'une grippe, d'une rougeole, ou de quelque maladie affaiblissante, d'une toux incessante, chatouillante, opiniâtre, avec quelques symptômes pulmonaires localisés en un point, si je perdais mes forces et l'appétit, en un mot si j'étais atteint d'une bronchite dont l'avenir est plein d'incertitude, et qui fasse craindre la tuberculose, je n'hésiterais pas un seul instant avec les exemples que j'ai eus devant les yeux, à essayer aviaire 100^{e} sur moi-même.

François Cartier.

MÉDECINE PRATIQUE

La question de la transmission de la phtisie dans ses rapports avec le mariage

Quand le médecin est consulté sur l'opportunité d'un mariage avec une personne phtisique elle-même ou appartenant à une famille de phtisique, il doit résoudre deux questions : quelles sont les chances de contagion pour les conjoints et quelles sont les chances de transmission héréditaire pour les enfants ?

La réponse serait facile s'il s'agissait seulement des intérêts de la race. On devrait sans hésitation interdire toute alliance avec des phtisiques guéris ou non, ou même avec des individus appartenant à des familles phtisiques. Mais dans l'espèce humaine la solution est autrement difficile ; des considérations d'intérêts ou de passion interviennent

et font reléguer au second plan la question de santé. Dans ces conditions,le médecin ne peut plus qu'avertir des dangers que courent ceux qui poursuivent de semblables unions, et, s'il est possible, leur indiquer les probabilités des chances malheureuses qui les attendent.

Nous disons probabilités parce que si l'hérédité tuberculeuse a des lois, ces lois ne sont pas encore connues et nous verrons, dans le cours de ce travail, des enfants fils de phtisique échapper à l'hérédité et d'autres dont les ascendants sont indemnes ou semblent indemnes succomber en grand nombre à la tuberculose.

A notre époque, une question préalable s'impose : la tuberculose est-elle transmissible par hérédité ou seulement par contagion. Si cette dernière opinion est vraie, il n'y a plus à s'occuper dans la question que nous agitons en ce moment que de la contagion entre conjoints; les enfants n'auront point à redouter les suites d'une hérédité qui n'est qu'un vain mot et s'ils deviennent phtisiques c'est qu'ils auront été contagionnés par les aliments ou par la cohabitation avec d'autres phtisiques.

Cette opinion sur la contagion de la tuberculose est une erreur, dont le moindre inconvénient est de rendre les malheureux phtisiques un objet de crainte pour leur entourage, et de faire négliger, dans l'étiologie de la phtisie, la question d'hérédité qui pour nous demeure en première ligne.

Nous allons donc démontrer d'abord que la *tuberculose n'est contagieuse que par les procédés de laboratoire* et par conséquent qu'elle ne l'est pas dans la vie usuelle.

Nous démontrerons ensuite que la transmission de la suberculose est soumise aux mêmes lois que la transmission des maladies héréditaires, que la tuberculose a toutes

les allures des maladies héréditaires, qu'elle est une maladie héréditaire.

La tuberculose n'est point contagieuse dans l'espèce humaine. Elle l'est au contraire manifestement dans certaines espèces animales, le cobaye, par exemple. Encore faut-il le plus souvent employer des procédés de laboratoire pour déterminer cette transmission.

Nous avons déjà traité cette question dans un mémoire publié dans les *Annales de la tuberculose* du professeur Verneuil. Nous allons en reproduire les principaux arguments.

Nous avons fait remarquer, quant à la contagion par la respiration, que tous les médecins étaient d'accord pour enseigner que l'air expiré par les phtisiques ne pouvait jamais transmettre la tuberculose.

Les expériences de MM. Cadéac et Malet démontrent que la poussière des produits tuberculeux n'est contagieuse qu'à la condition d'être insufflée dans les voies respiratoires ou de rencontrer un animal chez lequel on a développé une bronchite expérimentale. Les crachats desséchés des tuberculeux ne peuvent donc pas, *dans la vie ordinaire*, devenir une source de contagion de la phtisie (1). Quant à la transmission par cohabitation entre mari et femme, il résulte des faits très nombreux que nous avons rassemblés que sur 106 couples la phtisie ne s'est développée sur les deux conjoints que dans 5 cas. Du reste Ricochon sur 52 ménages n'a pas observé un seul cas de transmission ; le

(1) Le Dr Straus a démontré que le bacille de la tuberculose se rencontrait dans la gorge et les fosses nasales non seulement des étudiants en médecine, mais encore chez des personnes qui vivent en dehors de l'atmosphère des hôpitaux. L'existence de ces bacilles est compatible avec l'intégrité de la santé.

Dr Empis affirme n'avoir jamais observé le développement de la phtisie chez le second conjoint, que quand celui-là était de famille tuberculeuse. La contagion est absolument inconnue entre les malades et les personnes qui les soignent dans les sanatoria : à Davos, à Gobersdorf, à Falkenstein, à Argelès, à Villepinte.

A l'hôpital de Brompton, qui a reçu 15.262 malades en vingt ans, la contagion est aussi inconnue ; et parmi les infirmiers de 1846 à 1882, on a observé un seul cas de phtisie. Langerham observe qu'à Madère les familles d'Européens vivent impunément dans l'intimité des phtisiques, à moins qu'elles ne soient frappées d'une tare héréditaire. (Straus, p. 506.)

La contagion par le lait et celle par la viande constituent des facteurs absolument insignifiants.

L'hérédité est donc le facteur principal sinon exclusif de la tuberculose. Nous disons en effet tuberculose et non phtisie parce que les père et mère des phtisiques peuvent avoir été atteints dans leur enfance de tuberculose bénigne dont ils ont méconnu la nature ou oublié l'existence. D'ailleurs pour juger la question il faudrait avoir l'histoire des ascendants, ce qui est souvent impossible : ajoutons que les malades et leurs familles ont une répugnance toute particulière à avouer la tare qui pèse sur eux.

Reprenant donc la question nous devons démontrer que la tuberculose possède les allures et tous les caractères des malades héréditaires.

L'hérédité de la tuberculose se comporte comme l'hérédité des névroses, maladies dans lesquelles on ne peut pourtant pas invoquer un germe contagieux.

Comme dans les névroses, les formes s'engendrent mutuellement ; la phtisie peut engendrer les adénites, ou les

affections osseuses et réciproquement; l'hystérie peut engendrer la folie, l'épilepsie et les affections de la moelle épinière. Comme dans les névroses, on voit la tuberculose sauter une génération, une mère phtisique a des petits enfants atteints de scrofule osseuse ou un père stigmatisé par les écrouelles a un petit fils atteint de méningite tuberculeuse ou de phtisie. De même que la descendance des névropathes présente dans son impressionnabilité et dans son organisation physique des caractères particuliers, de même le prédisposé à la tuberculose présente dans son corps des signes qui ont été décrits par les grands médecins. Faut-il rappeler les signes de l'*habitus* phtisique, la peau fine, la coloration facile et éclatante de la face, l'œil brillant, les longs cils, les membres grêles, la poitrine étroite, le développement des facultés intellectuelles et les belles qualités physiques et morales qui font le charme de ces prédestinés à la tuberculose.

Nous trouvons dans les comptes rendus de la Société de Biologie (1er juin 1894) un nouvel argument pour la démonstration de l'hérédité de la tuberculose et nous le rapportons puisqu'aujourd'hui, grâce aux exagérations des contagionistes, il est nécessaire de démontrer l'hérédité de la tuberculose.

Cet argument repose sur ce fait que les urines des fils et petits-fils de tuberculeux contiennent 7 gr. 272.215 p. 1.000 de chaux et de magnésie, tandis que la quantité normale de chaux et de magnésie n'est que de 4 gr. 03475 p. 1.000. Ces quantités sont des moyennes prises sur 12 sujets bien portants et 12 descendants de tuberculeux.

Ainsi, longtemps avant l'apparition des signes de la tuberculose, alors que la santé semble parfaite, les prédestinés tuberculeux excrètent chaque jour, par les urines, une

quantité de chaux et de magnésie double de la normale; démontrant ainsi la tare héréditaire bien longtemps avant l'apparition du bacille de Koch. Ce travail est dû au Dr Gaube, du Gers.

Comme dans les névroses encore, on observe dans la tuberculose des catégories de faits complètement disparates. Ici un tuberculeux isolé n'ayant ni ascendants, ni descendants, ni collatéraux frappés de la maladie; là des familles dont tous les membres sont frappés et disparaissent successivement. Ainsi, dans les névroses on peut rencontrer et on rencontre des cas de folie, d'hystérie, d'épilepsie absolument isolés même quand ces malades ont une descendance directe, tandis que dans certaines familles la plupart des membres sont frappés et il n'est pas absolument rare de trouver deux et trois frères et sœurs atteints d'aliénation.

Dans la tuberculose comme dans les névroses, la maladie peut se transmettre par le père aussi bien que par la mère.

Indépendamment des faits cliniques qui montrent les enfants d'un père phtisique succombant à la tuberculose, les expériences de MM. Gley et Charrin ont prouvé l'influence du mâle sur l'hérédité. « Si on vaccine des lapins mâles contre le bacille pyocyanique, l'immunité est transmise à un certain nombre de descendants, tantôt peu profonde, tantôt complète. Il y a donc là un attribut héréditaire du fait de l'élément mâle. » (*Société de Biologie*, 1893, 10 nov., p. 883 et suivantes.)

Examinons maintenant suivant quel mode se propage la phtisie dans les familles. Cet examen nous permettra d'essayer de poser quelques règles sur les risques plus ou moins grands que font courir les unions avec des familles entachées de tuberculose.

Des observations nombreuses que nous avons recueillies, il ressort que les faits peuvent se diviser en trois grandes catégories. Dans une première catégorie, la phtisie se présente sous forme de cas isolés sans qu'on puisse signaler de tuberculose chez les ascendants et chez les collatéraux. C'est ce qu'on appelle volontiers la *phtisie accidentelle*. Dans une autre catégorie de faits, la phtisie choisit dans la famille un filon qu'elle suit quelquefois pendant plusieurs générations. Ainsi, par exemple, un ascendant meurt de phtisie, il laisse plusieurs enfants, la phtisie atteindra un seul d'entre eux et se perpétuera dans cette branche pendant plusieurs générations, tandis que ses frères et sœurs restent indemnes ainsi que leur descendance.

Enfin, dans une troisième catégorie la maladie atteint l'immense majorité de la descendance et la race disparaît.

§ I. *Cas isolés de phtisie.* — Une difficulté qui se présente dès ce paragraphe et que nous retrouvons à chaque pas de cette question si difficile de l'hérédité, c'est, d'une part, la difficulté excessive qu'il y a à constater l'absence de la tuberculose chez des ascendants qu'on n'a pu observer directement, mais c'est surtout la répugnance incroyable que les membres d'une famille ont pour avouer la tare tuberculeuse. Je vois encore entrer dans mon cabinet un grand jeune homme pâle, essoufflé et arrivé à la période de ramollissement tuberculeux, et la mère me disant avec un aplomb superbe : « Je serais inquiète de la santé de mon fils, mais son père était un hercule et de mon côté nous avons tous une santé parfaite.— Son père était un hercule, vous dites, il est donc mort?— Oui, Monsieur, d'un accident. — Il a été écrasé? — Non, Monsieur. Il a eu un horrible crachement de sang, il a toussé pendant six mois et il est mort. » Ainsi, cet hercule était un phtisique. En poussant

mes questions, je finis par faire avouer à la mère que de son côté aussi plusieurs parents étaient morts de toux chronique et de consomption.

Nous avons réuni seulement, depuis un an, huit exemples de malades atteints et morts de phtisie ayant encore les père et mère soit bien portants, soit morts de maladie incontestablement étrangère à la phtisie.

La plupart de ces cas ont eté observés à l'hôpital et pour un certain nombre les parents ont continué d'habiter la campagne, ce qui est certainement une des raisons qui les a empêchés de devenir tuberculeux. La vie au grand air est à nos yeux la première condition pour être préservé de la phtisie. Ainsi, dans un petit port de mer que nous fréquentons depuis trente ans, la phtisie est fréquente chez les femmes et chez les hommes qui ont une occupation sédentaire, tandis que les marins et les pêcheurs sont presque tous indemnes.

§ II. *Cas dans lesquels la tuberculose semble choisir une ligne dans la descendance, les autres frères et sœurs ainsi que leurs enfants restant indemnes.* — Il est difficile de réunir un grand nombre d'observations de ce fait intéressant, parce qu'il est nécessaire pour le constater de suivre la marche de la maladie dans plusieurs générations. Aussi nous ne citerons pas des chiffres, mais nous donnerons une observation qui fera bien comprendre notre pensée ; observation que tous les praticiens retrouveront facilement dans la clientèle.

Observation. Famille L. D... et famille J..

M. L. D..., agent de change, est mort à 73 ans d'attaques d'apoplexie successives ayant amené un commencement de démence. Il n'a jamais présenté aucun signe de tuber-

culose. Sa femme, Mlle O..., était fille d'une mère cancéreuse. Elle mourut elle-même d'une phtisie pulmonaire de forme commune à l'âge de 33 ans, laissant quatre enfants, deux garçons et deux filles.

Des deux garçons, l'aîné est mort d'une affection cancéreuse vers l'âge de 40 ans; l'autre, d'une constitution délicate, est mort du choléra, en 1833, à l'âge de 40 ans. Il a eu cinq enfants. Les deux aînés sont morts du croup à trois jours de distance ; c'étaient deux garçons ; les trois autres enfants sont morts poitrinaires de 18 à 25 ans. Il y avait deux filles et un garçon. La race s'est donc éteinte de ce côté.

Les deux filles de M. L. D... se sont mariées et ont eu plusieurs enfants. Aucun signe de tuberculose ne s'est manifesté dans cette descendance et cependant une des demoiselles L. D... s'est mariée à M. J... dont le père est mort phtisique.

M. J..., mort phtisique en 1793 en laissant trois enfants. Sa femme lui survécut plus de trente ans et mourut d'une affection du cœur. De ces trois enfants, il y avait deux garçons et une fille. Les deux garçons se marièrent, eurent des enfants et des petits enfants sans aucun signe de tuberculose. La fille s'est mariée aussi, a eu trois garçons qui n'ont pas présenté de signe de tuberculose, mais presque tous les enfants et petits enfants de l'aînée sont morts poitrinaires. Un fils du plus jeune est aussi mort de la poitrine.

Ainsi dans ces deux familles, la tuberculose ne s'est transmise qu'à un seul enfant qui lui-même l'a transmise à ses descendants. Les autres branches sont restées absolument indemnes.

§ III. *La maladie atteint l'immense majorité de la descendance et la race disparaît.* — Nous venons de voir déjà un exemple de cette transmission de la phtisie à toute une race et l'extinction de cette race dans l'observation de la famille L. D.... Nous en citerons quelques autres exemples.

1° (n° 15) (1). M. D.... Sa femme meurt phtisique laissant deux enfants. L'un est mort de phtisie pulmonaire à 18 ans et la fille de méningite tuberculeuse à 20 ans.

2° (n° 20). Vicomte de C.... Femme morte phtisique. L'aîné des garçons meurt de tuberculose osseuse. La fille est atteinte du même mal. Les deux petits derniers sont très menacés.

3° (n° 14). Mme de L.... Mari mort phtisique. Deux filles mortes phtisiques après vingt ans.

4° (n° 16). M. P..., phtisie chronique, meurt cachectique dans un âge avancé. Sa femme indemne a six enfants. Quatre sont morts phtisiques. Deux survivent, l'une mariée, sans enfants, et l'autre religieuse.

5° (n° 23). M. B... est mort phtisique, a eu douze enfants qui tous sont morts phtisiques. Sa femme est restée indemne.

6° (n° 2). Dans cette exemple et celui qui va suivre, les père et mère semblent absolument indemnes. Dans une première famille huit ou dix enfants sont tous morts phtisiques excepté deux : une jeune femme d'une constitution débile, mère de deux enfants, et un jeune homme boiteux dès sa naissance âgé maintenant de 20 ans.

---

(1) Les numéros entre parenthèses correspondent aux observations de mon registre.

7° Dans une autre famille dont les père et mère sont aussi indemnes, sur neuf enfants, huit sont morts phtisiques. Une fille qui ne s'est pas mariée a seule survécu jusqu'à un âge fort avancé. Quelques-uns de ces enfants ont pu se marier avant d'être phtisiques. Leurs enfants sont morts pour la plupart. La grand'mère maternelle était phtisique.

Dans ces trois paragraphes nous avons vu les différents modes suivant lesquels la tuberculose se propageait dans les familles : cas absolument isolés, faits dans lesquels la maladie suit une seule branche dans la famille et enfin observations beaucoup plus nombreuses démontrant que souvent la tuberculose envahit des familles tout entières et amène leur extinction. Nous allons étudier maintenant quelles sont les circonstances qui rendent la transmission héréditaire plus ou moins facile.

A. *Cas dans lesquels la mère seule est atteinte de phtisie.* — Nous avons recueilli 68 observations de ménages dans lesquels la femme est morte phtisique, le mari restant indemne. Sur ces 68 couples, la phtisie s'est transmise aux enfants 33 fois; 17 fois cette transmission n'a pas eu lieu, 12 autres cas restent douteux, les enfants étant encore trop jeunes. Enfin, dans 6 autres cas, il n'y a pas eu d'enfants.

B. J'ai réuni 33 observations de ménages dans lesquels *l'homme est mort poitrinaire et la femme est restée indemne.* — Sur ces 33 couples, 15 ont transmis la phtisie à leurs enfants, dans 9 cas la transmission est douteuse à cause de l'âge des enfants; dans 7 cas elle n'a pas eu lieu et 2 de ces ménages n'ont pas eu d'enfants.

C. *Phtisie des deux époux.* — 1° Dans un premier cas, le mari avait ses deux sœurs mortes poitrinaires. Il était

déjà poitrinaire quand il s'est marié. Sa femme était écrouelleuse et est morte poitrinaire deux ans après son mari, laissant une fille encore bien portante qui s'est mariée et a déjà deux enfants.

2° Dans un second cas, le père meurt d'une phtisie laryngée à 50 ans. Trois ans après, la mère morte de phtisie commune. Deux enfants sont nés de ce mariage, un garçon mort de carie vertébrale à 14 ans et une fille mariée très bien portante âgée de plus de 40 ans. Nous n'avons pu avoir aucun renseignement sur les antécédents héréditaires de la mère.

3° M. R..., mort de phtisie forme commune après quatre ans de maladie. Sa femme tomba malade quelque temps après et mourut aussi poitrinaire. De ce mariage sont nés deux garçons, l'un bien portant et père de famille. L'autre bien portant aussi, mais atteint d'otorrhée chronique.

4° Dans un autre cas, le père d'une famille poitrinaire est mort lui-même poitrinaire. Sa femme est morte aussi poitrinaire quatre ans après. De ce mariage sont nées deux filles, l'une morte poitrinaire, l'autre atteinte de cystite tuberculeuse.

5° Pas d'enfants. Le mari est mort le premier; la femme dix-huit mois après, étant de famille phtisique.

Ainsi dans les cas mêmes où les deux facteurs sont atteints de phtisie pulmonaire, l'hérédité peut faire défaut. Sur les 5 observations que nous citons, l'hérédité a atteint la descendance entière dans un seul cas.

Dans la 1re et la 3e observation, il n'y a pas eu d'hérédité du tout. Dans la 2e observation, sur deux enfants, l'un est mort de carie vertébrale à 14 ans, l'autre, déjà âgé,

a toutes les apparences de la santé. Dans la 4e observation l'hérédité atteint les deux filles nées de ce mariage.

Si nous résumons les chiffres énumérés plus haut afin de juger du degré de la transmission héréditaire, nous arriverons au résultat suivant. D'abord nous éliminerons les cas douteux et qui prouvent ni pour ni contre, soit parce qu'il n'y a pas eu d'enfants, soit parce qu'ils sont encore trop jeunes pour être certain qu'ils échapperont à la maladie.

Sur les 68 couples où la femme seule a succombé, il faut retrancher 18 cas et sur les 50 qui restent, 33 fois la phtisie s'est transmise et 17 fois les enfants sont restés indemnes. Pour les 33 cas où c'est l'homme qui a succombé, il y a 11 cas douteux à éliminer, restent 22 cas qui fournissent 15 exemples de transmission et 7 exemples de non transmission. Enfin dans les 5 observations où les deux facteurs sont morts poitrinaires, dans 2 cas il y a eu transmission et dans 2 autres les enfants sont restés indemnes ; dans le 5e cas il n'y a pas eu d'enfant.

Enfin si nous réunissons tous ces chiffres, nous avons 76 observations de phtisiques ayant eu des enfants parvenus déjà à un certain âge ; sur ces 76 cas-là, il y a eu 50 cas de transmission et 26 de non-transmission.

Ainsi les enfants de parents phtisiques échapperaient à l'influence héréditaire dans a peu près le tiers des cas (1).

(1) La proportion des cas héréditaires quand c'est la mère qui est phtisique, 66 p. 100, est un peu plus faible que dans les cas où l'hérédité vient du père, 68 p. 100. Dans la statistique de Leudet, l'influence de la femme est bien plus marquée, phtisie de la mère 57 cas, du père 21 cas, de la tante 14 cas, de l'oncle 7 cas. Leudet admet que l'hérédité peut sauter une génération et qu'elle peut être en *retour*, c'est-à-dire que l'ascendant succombe après le descendant. (Straus, p. 505.)

§ IV. *De l'influence des affections scrofuleuses sur la transmission héréditaire de la phtisie.* — J'ai observé un grand nombre de cas de scrofule bénigne (affections de la peau et des glandes) survenue dans l'enfance, qui ont guéri complètement, laissant ceux qui avaient été atteints de cette maladie dans un état de santé complet et sans que jamais on ait observé de phtisie soit chez eux soit chez leurs enfants. Il semblerait que ces tuberculoses bénignes *vaccinent* contre des tuberculoses plus graves.

Mais si la scrofule bénigne ne transmet pas habituellement la phtisie par hérédité, elle transmet très souvent la même forme de scrofule ou des formes plus graves comme la scrofule osseuse et la méningite tuberculeuse.

Ce fait de la non-transmission héréditaire de la phtisie par les scrofuleux nous explique comment dans certains pays on observe un grand nombre de scrofuleux et presque pas de phtisiques.

Voici quelques exemples de malades atteints d'affection scrofuleuse n'ayant pas transmis la phtisie à leurs descendants.

Famille R.... Le père, écrouelleux complètement guéri depuis son enfance, extrêmement vigoureux, est mort d'une néphrite aiguë à un âge avancé. Cette néphrite avait été déterminée par des manœuvres destinées à constater l'existence de la pierre. La femme est morte du mal de Pott. Quatre enfants, un mort du choléra en bas âge, l'autre mort du mal de Pott vers l'âge de 9 ans. Un garçon atteint de nécrose du tibia et guéri. Une fille ayant eu des écrouelles dans son enfance et absolument guérie.

Famille P.... Un des membres de cette famille meurt de tuberculose osseuse. Une de ses nièces atteinte aussi de tuberculose osseuse perd un de ses doigts et guérit. Pas de phtisiques dans la famille.

§ V. *De la transmission héréditaire de la phtisie par les phtisiques guéris.* — Un certain nombre de malades se marient après avoir échappé à la phtisie pulmonaire. Il est intéressant d'étudier quelle est l'influence de ce facteur sur la transmission héréditaire de la phtisie. Nous avons réuni l'histoire de six familles. Dans la première, la famille B... (nº 1), le père a été phtisique dans sa jeunesse avec grande hémoptysie. Sa santé s'est bien rétablie et il a aujourd'hui 80 ans. Il a eu seize enfants quatre garçons et douze filles. Des quatre garçons, trois sont morts phtisiques. Parmi les filles une seule a succombé à la tuberculose rénale. Les autres sont jusqu'ici bien portants.

Dans la seconde famille, la famille P... (nº2), M. P... a présenté des signes de phtisie au début de son mariage et a été envoyé aux eaux de Cauterets. Sa sœur est morte d'une phtisie pulmonaire à 24 ans. M. P... a eu douze enfants ; une fille mariée est atteinte d'une phtisie déjà avancé ; une autre fille mariée, ayant les apparences de la santé, a cinq enfants dont deux filles sont atteintes de phtisie pulmonaire.

Dans une troisième famille, M. E... (nº 3) a été atteint de phtisie guérie aux eaux du Mont-Dore. Un frère est mort phtisique. Sur dix enfants, quatre sont déjà morts phtisiques.

Famille P... (nº 4). M. P... est atteint d'une phtisie très chronique à laquelle il succombe dans un âge fort

avancé. Sa femme morte dans un âge septuagénaire d'une apoplexie cérébrale. Il a eu huit enfants. Tous sont morts phtisiques excepté une fille religieuse et une autre mariée sans enfant.

Mme L... a été phtisique dans sa jeunesse ; deux de ses frères et une sœur sont morts phtisiques ; le mari est mort d'une hémorrhagie cérébrale. Mme L... a eu cinq enfants, tous sont morts, deux dans la première année de leur existence, deux de méningite tuberculeuse et une phtisique.

En résumé, les phtisiques guéris ont en général beaucoup d'enfants. La maladie ne s'est jamais transmise du mari à la femme mais un grand nombre des enfants ont succombé à la tuberculose.

§ VI. *Ascendants et collatéraux en apparence bien portants.* — Malgré cette absence d'influence héréditaire constatable nous avons observé plusieurs familles où un nombre plus ou moins grand de frères et sœurs ont été frappés de phtisie. Dans la famille .... (n° 1), sur quatre filles deux sont mortes phtisiques.

Dans la famille D... (n° 2), huit enfants, six morts phtisiques. Un jeune homme boiteux dès son enfance âgé aujourd'hui de vingt ans ; une fille extrêmement délicate, mariée et déjà mère de deux enfants.

§ VII. *Hérédité collatérale.* — Dans cette catégorie le père et la mère n'ont jamais présenté de signes de tuberculose, mais des oncles, des tantes et des cousins ont été atteints de cette maladie.

Les familles appartenant à cette catégorie ont habituellement présenté des cas multiples de tuberculose.

La famille L.... La tante maternelle est atteinte de coxalgie, le père et la mère sont morts très âgés sans présenter des signes de tuberculose. Ils ont eu six enfants, trois filles et trois garçons, un a été atteint d'écrouelles suppurées. Des trois filles, deux sont mortes phtisiques à plusieurs années de distance.

La famille G.... Le père et la mère n'ont jamais présenté de signes de tuberculose. Une tante et un cousin du côté maternel sont morts phtisiques. Les époux G... ont eu quatre enfants, deux garçons et deux filles. Les deux garçons sont bien portants, les deux filles sont mortes poitrinaires.

La famille B.... La mère est morte d'un cancer du sein, le père de démence dans un âge fort avancé. Il n'avait qu'un fils qui est mort phtisique. Son oncle, le frère de la mère, était mort phtisique.

VIII. *De l'influence du diabète sur la transmission héréditaire de la phtisie.* — Nous n'avons pas de renseignements suffisants pour répondre à cette question. Nous connaissons en effet des pères morts de phtisie diabétique sans que les enfants aient été atteints de tuberculose. Dans d'autres cas au contraire plusieurs enfants de diabétiques succombent à la phtisie même quand le père n'est pas mort de phtisie diabétique. Ainsi :

1° M. P..., dont le père était mort diabétique et lui-même diabétique, est mort de complication albuminurique. Ni lui, ni son père n'ont présenté de signes de phtisie. La femme de M. P... a atteint un âge fort avancé et n'est pas tuberculeuse, et cependant les deux filles issues de ce mariage sont mortes phtisiques et l'une d'elles a laissé deux enfants dont l'un est mort de tuberculose vésico-génitale.

2° Comme exemple opposé je citerai la famille T.... M. T..., diabétique depuis longtemps et atteint de phtisie diabétique, est mort d'accidents albuminuriques. Sa femme est morte très âgée sans signe de tuberculose. Il a laissé deux enfants qui aujourd'hui ont dépassé 40 ans sans présenter aucun signe de phtisie. Et cependant une sœur de leur père était morte phtisique.

3° M. O..., ancien diabétique âgé de 77 ans, n'a jamais présenté de signes de phtisie. Ses enfants non plus.

4° M. T..., diabétique, mort d'angine de poitrine à 70 ans, a laissé un fils qui est mort poitrinaire.

5° M. G..., diabétique, mort d'une pneumonie suraiguë, a laissé cinq enfants qui ne présentent aucun signe de tuberculose.

6° L. P..., diabète dans la famille sans phtisie diabétique et sans tuberculose chez les enfants.

Après avoir examiné les chances de transmission de la phtisie aux enfants par les parents tuberculeux, il est nécessaire, toujours au point de vue du mariage, d'examiner la question de savoir si la tuberculose peut se transmettre entre conjoints.

Aujourd'hui et sous l'empire des doctrines contagionnistes on n'hésite pas à proclamer la contagion facile et presque fatale entre époux.

Les faits démentent absolument cette assertion et c'est avec raison que le Dr Empis disait : « En cinquante-une années de pratique je n'ai pas observé un seul fait indiscutable de phtisie contracté entre époux par contagion simple sans aucune tare héréditaire. Chaque fois que j'ai vu la femme d'un tuberculeux devenir tuberculeuse j'ai trouvé chez celle-ci des accidents héréditaires. » (*Journal de la Clinique française*, mars 1894.)

Nous avons relevé 101 observations de mariages dans lesquels un des époux était atteint de phtisie. Dans 68 cas c'était la femme qui était malade et dans 33 c'était l'homme. Dans aucun de ces mariages la tuberculose ne s'est transmise quoique de nombreux enfants nés de ces mariages aient démontré l'intimité des relations entre l'homme et la femme.

Nous possédons 5 observations où les deux époux sont morts poitrinaires. Dans 2 de ces ménages, l'époux est mort le premier; la femme morte plusieurs années après était d'une famille phtisique. Dans les 3 autres cas, c'est aussi le mari qui est mort le premier. Les femmes sont devenues malades et sont mortes poitrinaires quelques années après leur mari. Dans ces 3 cas, nous n'avons pu découvrir une influence héréditaire expliquant la phtisie des femmes. Ce qui ne veut pas dire que cette influence n'a pas existé. Ainsi sur 106 couples de tuberculeux, 3 cas seulement pourraient être invoqués en faveur de la contagion, ce qui est une proportion infime (1). Mais nous faisons cette réserve expresse que ce n'est pas la phtisie qui est héréditaire, mais la tuberculose. Et parce que on n'a trouvé ni chez les père et mère ni chez les grands parents des cas de phtisie avérée, qui pourra être certain que sur un si grand nombre d'ascendants quelques-uns n'aient pas été atteints de tuberculose bé-

(1) Si l'on remarque que dans l'âge adulte la proportion de la mortalité est de 1 décès par phtisie sur 3 morts, et que sur 106 conjoints à des phtisiques il y a seulement 5 morts par phtisie au lieu de 35, tiers de 106, on conclura que le mariage avec phtisique est une condition favorable pour échapper à la tuberculose.

nigne. Rappelons encore l'opinion si formelle du Dr Empis et la statistique de Ricochon. Quoi qu'il en soit, au point de vue pratique et d'après le relevé des faits, nous pouvons affirmer qu'il n'y a aucun danger à épouser un tuberculeux.

Est-il possible de tirer de tous ces faits une règle de conduite pour les conseils qui nous sont demandés à propos d'un mariage avec des familles entachées de tuberculose? Il est évident qu'il ne saurait être question de règles absolues puisque nous voyons, par exemple, dans les cas où un seul des conjoints était phtisiques, sur 101 observations, 50 fois la maladie fut transmise, 24 fois les descendants restèrent absolument indemnes et 29 fois, le résultat ne peut entrer en ligne de compte, soit parce-qu'il n'y a pas eu d'enfants, soit parce qu'ils sont encore trop jeunes pour qu'on puisse savoir s'il échapperont ou non à l'hérédité. Et, fait très remarquable, dans des cas fort rares où les deux époux étaient phtisiques, il y a la moitié des cas dans lesquels on n'observe pas de transmission héréditaire.

Il est donc certain que les enfants de phtisiques peuvent, eux et leur descendance, échapper à la tuberculose dans la proportion d'un tiers environ.

Ce qui vient encore accroître l'embarras du médecin, ce sont ces cas inexplicables, quant à présent, où dans la descendance de parents phtisiques la maladie choisit un seul membre parmi les frères et sœurs et se propage uniquement dans cette descendance, laissant indemnes les autres membres de la famille.

Ainsi dans la famille Le D... et dans la famille J.... Si on avait interdit le mariage aux enfants de Mme Le D... ou de M.J...,parce qu'ils étaient morts poitrinaires, on au-

rait empêché la formation de quatre familles aujourd'hui nombreuses et absolument indemnes de tuberculose.

Il ne faut pas oublier que de toutes ces catégories de tuberculeux, celle qui semble reproduire le plus constamment la maladie est celle des tuberculeux guéris qui ont une descendance habituellement très nombreuse et dont beaucoup d'enfants succombent à la phtisie.

Les diabétiques peuvent faire souche de tuberculeux, même quand ils n'ont pas été atteints de phtisie diabétique, mais d'une manière générale, le diabète est loin de conduire à la phtisie aussi souvent que la tuberculose.

Nous l'avons vu, les scrofuleux peuvent engendrer des scrofuleux, ils donnent beaucoup plus rarement naissance à des phtisiques.

Enfin, il faut tenir aussi grand compte de ce fait : dans les familles où il n'existe qu'un tuberculeux isolé, les autres membres de cette famille ne transmettent pas la tuberculose.

Un fait qui découle des observations que nous avons réunies, c'est que la transmission héréditaire de la phtisie, n'est pas toujours en rapport avec le nombre des ascendants tuberculeux. Il est même remarquable que dans les familles où le père et la mère sont parvenus à un âge avancé, soit qu'ils fussent guéris de la phtisie soit qu'ils n'eussent jamais présenté aucun signe de cette maladie, un très grand nombre d'enfants et quelquefois la totalité de cette descendance ont disparu atteints par la tuberculose. Ainsi dans la famille de R... le père et la mère ont vécu jusque dans un âge fort avancé : sur les 9 enfants, 8 sont morts de la phtisie et cette maladie s'est propagée aux petits enfants en épargnant un seul de ces descendants. Ici c'était la grand'mère maternelle qui avait été

atteinte de tuberculose. Dans la famille D..., où 2 enfants seulement sur 8 ont échappé à la maladie, le père et la mère jouissent encore d'une bonne santé.

Dans la famille P..., où tous les enfants ont succombé à la phtisie à l'exception de deux filles, l'une religieuse, l'autre mariée sans enfants, le père est un phtisique guéri.

Quelques médecins ont pensé que dans les familles nombreuses et composées d'enfants de différents sexes, la phtisie atteignait soit les garçons, soit les filles. Nous avons observé quelquefois la vérité de cette affirmation, mais elle est loin de constituer une règle; et surtout il n'est pas possible, dans l'état actuel de notre science, de dire dans telle famille ce sont les filles ou les garçons qui sont atteints.

Les éleveurs placent à côté de la loi d'hérédité la *loi d'innéité*. Eh bien ! ces deux lois se retrouvent certainement dans les faits de transmission de maladie héréditaire.

Dans la famille B..., où sur 16 enfants 4 sont déjà morts de tuberculose, il existe une jeune femme qui a déjà eu 11 enfants, qui les a tous nourris et qui, arrivée à 42 ans, jouit d'une santé splendide. Elle a pourtant vécu sous le même toit que ses frères et ses sœurs, a été soumise à la même hygiène, exposée à la contagion, si la contagion n'était un vain mot, et malgré 11 grossesses suivies d'allaitement, causes si fécondes de tuberculose, elle reste absolument indemne.

Ici, l'innéité semble avoir vaincu l'hérédité. Les enfants de cette femme sont tous bien portants, cependant l'un d'entre eux a eu dans son enfance une affection scrofuleuse bénigne. L'aînée des filles est mariée et a deux enfants.

Pour nous résumer, nous dirons que le médecin ne doit pas interdire le mariage pour des cas de scrofule existant dans la famille, surtout si ce sont des affections scrofuleuses bénignes. Nous répéterons la même règle pour les familles où il existe un cas de tuberculose isolée. De même pour les diabétiques.

Dans les autres catégories de faits, il existe toujours un grand nombre de cas qui échappent à la transmission héréditaire, mais un bien plus grand nombre encore sont atteints de tuberculose et y succombent. Par conséquent, nous croyons qu'il sera toujours prudent de déconseiller ces mariages quand nous serons consultés. Mais serons-nous toujours écoutés ?

D[r] P. JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

LES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRAUX DU MERCURE

Le mercure (1) est un des plus vieux, s'il n'est pas le plus vieux des médicaments. Nous en avons une grande connaissance car il a été tellement employé en médecine, dans les arts et dans l'industrie que sa toxicologie est bien comprise. Nous allons brièvement exposer ses particularités toxicologiques.

---

(1) Leçon du professeur Allen, de New-York, *North, am. Journ. of. hom.*, avril 1895.

Nous savons que c'est une substance volatile, que par conséquent au lieu d'être prise par la voie interne, elle peut être inhalée ou absorbée à travers la peau. Un de ses premiers effets connu est la salivation; les gencives deviennent sensibles et spongieuses, les dents sont douloureuses et se détachent. L'effet le plus précoce, qui est bien connu, est donc la sensibilité des gencives et la salivation. Ces symptômes étaient si bien connus qu'autrefois quand le mercure était presque universellement employé, les malades prenaient du calomel jusqu'à ce que les gencives fussent atteintes et qu'elles ne fussent pas soulagées en buvant de l'eau froide; et maintenant nous rencontrons souvent des personnes étonnées de voir les médecins soulager les malades atteints de fièvre en leur faisant boire de l'eau froide. Ce n'était pas à cause de la fièvre, mais à cause des mauvais effets qu'elle produisait après la prise du mercure, que l'on ne devait pas donner d'eau froide; mais cette idée était tellement enracinée qu'on ne peut pas s'en débarrasser. Nous savons maintenant que l'eau froide procure un grand soulagement dans la fièvre, en débarrassant le malade des produits de la fièvre, en abaissant la température, etc.

Il y a aussi une tendance à l'ulcération des gencives et de la bouche. Ce symptôme ne se confine pas à ces régions, mais nous le rencontrons dans tout le trajet intestinal, allant de la bouche et de la gorge jusqu'à l'estomac et à l'intestin. Nous trouvons dans la bouche, dans la gorge et dans l'estomac des traces d'ulcérations de la membrane muqueuse.

L'action ulcérante s'étend aussi à la peau, mais à un degré limité. S'il y a des écorchures de la peau, le mercure les augmentera et empêchera leur guérison, et même

dans de très rares occasions il pourra produire ces ulcérations sur la peau saine. Ces ulcérations, quoiqu'il en soit, sont peu profondes et superficielles, mais s'accompagnent de cette condition particulière du sang disposant aux hémorrhagies faciles. Ces ulcérations sont remplies d'un pus peu épais et floconneux.

Le mercure agit sur les os aussi bien que sur les parties molles, amenant des exsudations des os fracturés qui tendent à empêcher leur réunion, et ceux qui sont récemment réunis peuvent, sous l'influence du mercure, se séparer avant que de nouveaux éléments soient formés.

Il existe une inflammation de l'iris, accompagnée d'une exsudation très plastique et tenace de la surface de l'œil qui quelquefois empêche l'iris de se dilater. Au point de vue de la « vieille école », il y a deux choses qui peuvent être faites dans ce cas : on peut traiter mécaniquement en dilatant la pupille avec l'atropine de manière que l'exsudation ne puisse pas atteindre le cristallin, et si l'inflammation s'apaise, l'œil guérira ; ou on peut saturer l'économie avec le mercure, qui rend les exsudations claires et aqueuses et l'œil est sauvé. Le mercure a ce pouvoir par son action sur les globules du sang; le malade devient anémique et tous les organes et les tissus souffrent.

Le mercure a été anciennement considéré comme un grand médicament du foie. A dose physiologique, il produit une inflammation aiguë du foie, pendant laquelle la sécrétion de la bile est diminuée; après, par réaction, le flux de la bile peut être accru. L'idée de traiter les maladies du foie par des doses physiologiques de mercure est absurde, mais homœopathiquement il a quelquefois une action curative. L'idée commune est que toute substance qui a une action cathartique est un médicament du foie.

Comme il a été établi plus haut, le mercure est un médicament du foie à dose homœopathique, mais non à dose physiologique, car alors il n'augmente pas la sécrétion biliaire.

Le mercure produit une inflammation des reins et des glandes lymphatiques, aussi bien que du foie.

Il a une sélection particulière; par exemple, il attaque les os longs où il produit la carie et n'affecte pas les os plats.

Son action sur le système nerveux est très remarquable. Les personnes qui sont complètement empoisonnées par le mercure peuvent se diviser en deux groupes : celles qui ont des symptômes nerveux et celles qui n'en ont pas. Celles qui ont des symptômes nerveux n'ont pas les autres a un degré aussi marqué. Un homme peut avoir une si violente chorée que des spasmes imprévus peuvent le jeter sur le sol quand il essaye de marcher; ou il peut être incapable de porter la nourriture à sa bouche; mais il n'aura pas la bouche enflammée ou autre chose du même genre; les indications semblent absolument confinées dans les symptômes nerveux. Un grand nombre de victimes de la mercurialisation sont atteints de tremblements constants associés à de la faiblesse des membres.

Le mercure a une action prophylactique marquée, en ce qu'il empêche le développement de certains germes. Le sublimé dans deux ou trois mille parties d'eau semble être un antiseptique suffisant et est fréquemment employé par les chirurgiens. Il prévient aussi le développement de la syphilis, qui naît d'une certaine sorte de germe. On ne connaît personne ayant été atteint de la syphilis, étant auparavant complètement saturé de mercure. Dans des milliers de fabriques où l'on emploie le mercure, pas un

seul ouvrier ne contracte la syphilis. Le mercure stimule l'appétit sexuel dans une certaine mesure.

Si une personne a la syphilis et si elle vient à être saturée de mercure, l'extension de la maladie peut être prévenue, mais la maladie n'est pas guérie. Pendant la fabrication du mercure, il devient nécessaire d'envoyer des hommes dans les chambres pour racler le mercure qui a été sublimé sur les murs et les plafonds, et, comme c'est un travail très dangereux, on pensait qu'il serait difficile de décider ces hommes à le faire. Mais la difficulté a été levée d'une manière inattendue. Une foule de syphilitiques étaient prêts et avides de ce travail, pour pouvoir prévenir par ce moyen l'extension de leur terrible maladie.

Le mercure n'affecte jamais les parties du corps qui sont atteintes par la syphilis : la syphilis affecte les os plats comme le sternum, le mercure les os longs; dans un stade précoce de la syphilis il y a iritis; le mercure n'affecte jamais l'iris : pour cette raison et beaucoup d'autres, je dis que le mercure n'est pas homœopathique à la syphilis et ne la guérit pas, quoiqu'il en préserve, et, si elle a été contractée, il en empêche l'extension. Je n'ai jamais vu un cas de syphilis guéri par le mercure ; il n'est certainement pas homœopathique à ses premières manifestations, ni à ses dernières non plus. Il préviendra le développement des germes, mais il ne guérira pas la maladie, comme vous n'auriez pas la malaria si vous preniez beaucoup de quinine.

Le mercure produit une inflammation catarrhale de toute la membrane muqueuse de la bouche jusqu'à l'anus, avec ulcérations superficielles en grand nombre, surtout dans le duodénum. Dans le rectum, il produit de l'inflammation avec ulcérations, très grandes douleurs et té-

nesme, selles sanguinolentes, etc. Il cause une vraie dysenterie.

Tous les cas d'empoisonnement mercuriel sont accompagnés de ténesme et toutes les selles contiennent du mucus qui peut être sanguinolent ou verdâtre, quoiqu'il n'en soit pas toujours ainsi. Je n'ai jamais prescrit le mercure pour la diarrhée sans qu'il y eut du ténesme. Le ténesme est une des plus grandes caractéristiques du mercure et on doit toujours penser à ce médicament quand il y a du ténesme et des selles avec mucus.

(Traduit par le Dr Marc Jousset.)

REVUE DES SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. Diagnostic et prophylaxie de la diphtérie. — II. Discussion sur la prophylaxie de l'alcoolisme. — III. Nouveaux cas d'actinomycose. — IV. De la fréquence du diabète.

Séance du 25 juin. — M. Cadet de Gassicourt rapporte deux observations qui viennent à l'appui de l'opinion soutenue par M. Dieulafoy : 1° que dans certains cas, la clinique est impuissante à distinguer une angine herpétique d'une angine diphtérique ; 2° que la présence d'un herpès des lèvres, du nez, de la face, ne prouve pas la nature herpétique de l'angine.

La première observation a trait à un petit garçon de

huit ans, atteint d'angine diphtérique incontestable caractérisée par des fausses membranes épaisses, étendues sur les deux amygdales; la luette était coiffée d'une fausse membrane en doigt de gant. Or, on constatait sur la lèvre supérieure la présence d'un groupe de vésicules d'herpès absolument classiques.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'un enfant chez lequel était apparue, un matin, une petite plaque blanche arrondie sur l'amygdale droite; après mûr examen le diagnostic d'herpès maxillaire fut porté. Deux jours plus tard, une seconde plaque semblable se montrait à gauche ; elle s'étendait le jour suivant et faisait pencher la balance vers le diagnostic de diphtérie. Le quatrième jour une éruption de vésicules d'herpès à la commissure labiale gauche, ramenait le diagnostic vers l'angine herpétique. Le septième jour, toute manifestation amygdalienne et labiale s'effaçait.

Le dixième jour apparut une paralysie du voile du palais qui ne tarda pas à se généraliser. Et, comme M. Dieulafoy, M. Cadet de Gassicourt pense que *seul l'examen bactériologique méthodiquement conduit donne une certitude à cet égard.*

Et il est, dit-il, d'autant plus indispensable de se livrer à cet examen que, depuis l'emploi du sérum curateur, les dangers de la contagion s'accroissent dans des proportions notables.

Voici pourquoi. Le sérum de Behring guérit le malade, mais *ne tue pas le bacille.* Or le diphtérique étant guéri plus vite par le nouveau traitement, reprend plus vite aussi les apparences de la santé, et comme le bacille peut rester virulent (dans un 1/3 des cas) soit dans la gorge, soit dans les fosses nasales, il s'ensuit que le malade rendu

plus promptement à la vie commune peut être le point de départ d'un foyer de contagion.

Comme conclusion M. Cadet de Gassicourt émet le vœu : que le seul moyen d'assurer le diagnostic et d'enrayer la propagation de la diphtérie, est de créer des laboratoires d'examens bactériologiques, et que tous les médecins en soient avisés par la plus large publicité. A ce sujet nous rappellerons aux lecteurs de ce journal que nous avons, à l'hôpital Saint-Jacques, un laboratoire de bactériologie très bien organisé, et que tous nos confrères qui voudront faire faire l'examen d'une fausse membrane, en auront le résultat au bout de vingt-quatre heures.

Séance du 25 juin. — La discussion sur l'alcool et l'alcoolisme est toujours à l'ordre du jour de l'Académie.

M. Rochard envisage la question de l'alcoolisme sous un autre point de vue que celui qui aujourd'hui attire l'attention. On s'est surtout préoccupé du préjudice causé à la santé publique par l'impureté des alcools, des intoxications résultant des produits dangereux à l'aide desquels on fabrique les liqueurs et on falsifie les vins.

Mais l'alcool, aussi pur soit-il, est toujours, ainsi que M. Laborde l'a démontré, un poison. Il ne suffit donc pas de donner de bon alcool aux populations ; il faut encore en diminuer la consommation.

Cette consommation a presque doublé depuis 1885. D'après Claude (des Vosges), elle était à cette époque de 1.444.342 hectolitres. En 1893, elle s'est élevée à 2.476.387 hectolitres! Or, comme presque tout l'alcool est consommé en France, que l'exportation et l'importation se compensent, cela porte à 5 litres 45 la consommation par tête.

Il faut encore y ajouter la fraude qui serait à peu près égale à la consommation officielle. Et, continue M. Rochard, en même temps que le flot de l'alcool monte, on voit s'élever le niveau des crimes, des suicides et de l'aliénation mentale. Le nombre proportionnel des aliénés alcooliques a doublé depuis cinquante ans.

Il faut donc et à tout prix restreindre le nombre des débitants, et enlever à l'ouvrier, qui ne peut faire un pas sans être tenté, l'occasion de boire.

Et pour cela M. Rochard réclame : 1° l'*autorisation préalable*, telle que l'avait instituée le décret du 29 décembre 1850, et qui a été abrogée par la loi de 1880 ; 2° l'augmentation des droits sur l'alcool, augmentation que la Chambre des députés, dans sa séance du 6 juillet, a porté de 1 fr. 65 par litre à 2 fr. 75, mais elle a refusé d'établir le prix des licences des marchands de vins. Cela se comprend très bien, car, comme le dit M. Lagneau, la grande influence dont jouissent ces commerçants dans nos luttes électorales trop souvent détourne nos législateurs de leur imposer de lourdes charges. Trop souvent même des sénateurs et des députés obtiennent en faveur des fraudeurs « des transactions, des remises de peines, des diminutions d'amendes. Les uns et les autres ne croient pas pouvoir refuser leur appui aux électeurs plus ou moins influents ».

Séance du 9 juillet. — La discussion sur l'alcoolisme continue, et M. Motet parle de la criminalité d'origine cardiaque.

Il y a quarante ans, dit-il, les crimes commis sous l'influence de l'excitation alcoolique étaient assez rares. Aujourd'hui il n'en est plus de même : il n'y a pas de mois,

pas de semaines, où l'on n'enregistre des actes d'une violence, d'une brutalité inouïe. Et après avoir rapporté plusieurs observations de crimes commis sous l'influence de l'ivresse, et dont les sujets ne conservaient en revenant à la maison qu'un vague souvenir, M. Motet émet le vœu : 1° que des conférences soient faites dans une salle de mairie, d'école, etc., où l'on démontrerait à l'ouvrier les dangers de l'alcool ; 2° que l'instituteur fasse de même auprès des jeunes écoliers.

Séance du 16 juillet. — M. Meunier (de Tours) rapporte 4 cas d'actinomycose cervico-faciale qui ont été guéris par un traitement ioduré suivi pendant six semaines à deux mois.

L'actinomycose cervico-faciale présente des caractères et une évolution qui permettent de la distinguer des affections d'apparence similaire. Elle présente trois périodes : la première est caractérisée par une tuméfaction étalée et une induration compacte d'apparence inflammatoire.

La seconde par des saillies ou des tumeurs fongueuses qui se montrent dans les couches superficielles du derme. Ces tumeurs sont le siège d'abcès qui donnent lieu à la formation de fistules. Enfin, dans la troisième période les os de la face sont envahis, et le malade devient cachectique.

Il n'y a ni généralisation ni engorgement ganglionnaire. L'actinomycète s'étend de proche en proche et ne paraît suivre ni la voie lymphatique ni la voie sanguine.

Le diagnostic doit être fait: 1° avec les lésions extérieures produites par les dents cariées, les adéno-phlegmons, les périostites abcédées; 2° avec la tuberculose des gan-

glions cervicaux; 3° avec des lésions syphilitiques; 4° avec les tumeurs malignes du maxillaire, etc.

Dès qu'on soupçonnera l'actinomycose, il faudra examiner le contenu des abcès au microscope, et y chercher le champignon.

Séance du 23 juillet. — M. Worms rappelle sa communication de 1883 sur le diabète, et d'où il avait pu conclure que parmi les employés de bureau ou autres personnes occupées à des travaux intellectuels, on rencontre 10 pour 100 de diabétiques méconnus. Il cite comparativement l'examen des urines provenant de 607 individus occupés à des travaux manuels exigeant un déploiement intense d'activité musculaire, et chez lesquels il n'avait pas rencontré une seule urine renfermant du sucre à dose significative. Le chiffre des diabètes connus paraît, du reste, être en progression constante. La statistique municipale accuse pour le diabète une mortalité presque double de 1883 à 1892. Les diabétiques que M. Worms a examinés appartiennent tous à la catégorie de ceux qui ne maigrissent pas sensiblement, qui ont des quantités de sucre variant de 0 gr. 50 à 50 grammes par litre, urinent 1.800 ou 2.000 grammes d'urine en vingt-quatre heures, n'ont pas soif et peuvent, avec un régime et un traitement appropriés, vivre longtemps.

M. Worms s'est aussi demandé quel est le rapport entre les cas de diabète léger, à évolution lente, réductible, et celui des cas graves, cachectiques et mortels à une échéance peu éloignée.

D'après ses observations datant de 1863, la proportion des cas graves ne serait que de 5 p. 100.

Dr Crépel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Sclérodermie avec hémiatrophie linguale ayant débuté par le syndrome de la maladie de Raynaud. — II. Phlegmon périnéphrétique a pus stérile. — III. Acromégalie fruste avec macroglossie. — IV. Intoxication chronique par le café. — V. Rétrécissement préartériel de l'orifice pulmonaire.

I

(*Séance du 28 juin.*) — M. Chauffard lit une observation très intéressante que nous allons résumer brièvement.

Il s'agit d'une femme de 59 ans, ayant depuis novembre 1893 des crises fréquentes de la maladie de Raynaud : au début la malade ressentait « aux deux mains un engourdissement subit avec sensation très vive de froid. Les trois derniers doigts de chaque main étaient blancs, exsangues, insensibles et ne revenaient à l'état normal qu'après immersion dans de l'eau très chaude ». Aux pieds mêmes accidents à tous les orteils ; refroidissement du nez et des oreilles sans syncope locale. Ces accidents se reproduisaient toutes les fois que la malade était exposée au froid humide.

Depuis février 1894, s'est ajoutée la cyanose des trois derniers doigts succédant au bout d'un quart d'heure environ aux symptômes de syncope des doigts ; un quart d'heure après, la teinte cyanique fait place à une coloration rose et une sensation douloureuse de fourmillement, d'onglée, accompagne le rétablissement de la circulation locale.

Depuis quelques mois à ces symptômes sont venus se joindre de nouveaux accidents sous la dépendance de la sclérodermie : atrophie des ongles, sclérodermie du visage et de la langue.

Les ongles de l'index et de l'auriculaire présentent des déformations surtout à la main droite. L'ongle de l'index droit « est en griffe, très allongé et se recourbe au-delà de l'extrémité du doigt. Sa coloration est d'un gris noirâtre ». Les ongles des autres doigts commencent à s'altérer, mais ils sont encore très peu atteints.

Du côté de la figure, « la physionomie est plus immobile, moins expressive qu'autrefois. Le nez est plus effilé et toujours froid. La bouche est mince. Le visage, dans son ensemble, est devenu plaqué et comme tiré. Il y a une gêne fonctionnelle notable pour parler et surtout pour rire. La peau du front a pris un aspect satiné, presque parcheminé, avec une coloration de vieil ivoire ; elle est amincie en pelure d'oignon ».

Du côté de la langue, après des douleurs sourdes et lancinantes vers la base de la langue, a commencé une hémiatrophie droite de cet organe. Si on fait tirer la langue, la malade ne peut la porter en avant de la lèvre inférieure ; la moitié droite est déprimée, flasque. La sensibilité gustative, la sensibilité au toucher et à la piqûre est très atténuée du côté droit de la langue.

Du côté de la peau, on observe une éruption prurigineuse d'eczéma sec et de plus un grand nombre de plaques de vitiligo.

Dans la discussion qui a suivi, M. Gaucher s'est demandé s'il n'y avait pas là un cas de lèpre anomale. Ce qui nous arrêtera un moment, c'est une tentative de traitement thyroïdien essayé dans ce cas par M. Chauffard,

qui avait été frappé du peu de volume du corps thyroïde chez sa malade. On lui a administré par période de huit à dix jours une ou deux capsules par jour contenant 10 centigrammes de corps thyroïde frais. Les seuls symptômes observés sous l'influence de ce traitement ont été un amaigrissement et si les crises d'asphyxie locale sont revenues aussi fréquemment et avec autant d'intensité, il y a eu une modification en ce sens que « la réaction vaso-motrice qui suit et termine les crises a cessé d'être douloureuse, de provoquer la sensation si pénible de l'onglée ». Chez une autre malade atteinte de maladie de Raynaud, le même effet a été observé et « le traitement thyroïdien a notablement diminué les phénomènes douloureux ».

Il y a là une action que nous pourrions rapprocher des actions homœopathiques, puisque dans notre essai de pathogénésie de la thyroïdine publié dans les numéros précédents de l'*Art Médical*, nous avons rapporté une observation où des accidents d'asphyxie locale des extrémités se sont développés sous l'influence d'un traitement thyroïdien.

II

(*Séance du 5 juillet.*) — Dans cette séance et à la séance suivante il y a eu plusieurs communications intéressantes sur le sérum antidiphtéritique; nous en parlerons dans une revue spéciale sur la sérothérapie.

MM. Roger et Bonnet font une communication sur un cas de *phlegmon périnéphritique à pus stérile.*

Il semble aujourd'hui acquis que les vieux foyers purulents enkystés deviennent stériles. Les abcès du foie, les salpingites, les abcès du cerveau en sont souvent la

preuve. Les microbes d'abord virulents, s'atténueraient, puis perdraient leur vitalité et finiraient par disparaître. Malgré cette stérilité du pus, on peut observer cependant des accidents du côté des abcès et les auteurs de cette communication lisent à ce sujet l'observation suivante :

M. G..., 45 ans, négociant en vins ; syphilis à 16 ans, fièvre typhoïde à 18 ans ; variole en 1891 et il y a quatre ans, trois érysipèles consécutifs ; alcoolisme professionnel.

Il y a sept ans, crises très douloureuses dans l'hypocondre gauche pendant quelques jours ; il y a trois mois douleurs analogues : il y a un mois étant en voyage, nouvelles douleurs et accès de fièvre revenant régulièrement chaque soir, avec état de santé complète pendant l'apyrexie.

Il entre à la maison municipale de santé le 18 mai, ayant toujours son accès de fièvre intermittente commençant vers cinq heures et demie par un frisson d'une demi-heure, suivi ordinairement de chaleur et de transpiration et s'accompagnant de douleur vive dans l'hypochondre gauche. L'état général est excellent ; le foie paraît un peu augmenté de volume. « Dans l'hypochondre gauche on trouve une volumineuse tumeur, qui occupe la région splénique et descend obliquement vers la face iliaque. Cette tumeur, fort dure, un peu douloureuse, semble constituée par une hypertrophie énorme de la rate. » Traces d'albumine, le matin, température normale ; le soir, pendant l'accès, de 39 à 40 degrés.

Le diagnostic de fièvre intermittente paraissait assez net, cependant l'insuccès du sulfate de quinine et de l'antipyrine, l'augmentation de volume de la tumeur, qui devenait plus douloureuse, commençait à faire penser à une suppuration splénique ou rénale, lorsque le malade évacua

subitement un peu de pus par l'urine et n'eut pas le soir son accès fébrile.

M. Tuffier vit le malade et, pensant à une suppuration rénale ou périrénale, fit le 11 juin une incision lombaire « qui donna issue à 2 litres d'un pus épais, de couleur chocolat et d'odeur fétide. Au fond de la plaie on aperçut le rein qui paraissait normal et on découvrit la fistule qui établissait une communication entre le foyer et le bassinet ». La fièvre ne revint plus et le malade guérit en quinze jours.

L'examen microscopique, les cultures et l'injection de pus de lapin montrèrent qu'il s'agissait d'un pus sans microbes.

M. Roger fait remarquer que ce foyer sans microbes progressait rapidement, qu'il s'ouvrait dans les voies urinaires, qu'il s'accompagnait de symptômes fébriles intenses, absolument comme s'il avait contenu les microbes les plus virulents. Il en conclut qu'il est impossible, en clinique, de dire d'avance si un foyer purulent est stérile ou non.

M. Rendu trouve remarquables les accès fébriles franchement intermittents présentés par le malade, étant donné que souvent dans des cas analogues on n'observe pas de fièvre.

III

(*Séance du* 12 *juillet.*) — M. Chauffard présente à la Société un malade atteint d'*acromégalie fruste avec macroglossie.* Il s'agit d'un homme de 32 ans, peintre en bâtiments, saturnin (sept coliques de plomb et une paralysie des extenseurs), alcoolique et hystérique (hémianesthésie gauche avec sensibilité presque hystérogène du testicule du même côté).

Il entre dans le service pour des accès d'étouffement qui ne se sont pas reproduits depuis qu'il est à l'hôpital ; mais il fait remarquer que sa langue est très hypertrophiée et il fait remonter à deux ans le début de cette augmentation de volume.

« Tirée au dehors, sa langue est bombée, un peu plus saillante peut-être à gauche qu'à droite; elle est molle, lisse et comme étalée, et présente à peine quelques stries transversales ; son sillon médian est très peu accusé.

« Quand elle est au maximum de prostration, elle dépasse de 5 cent. 5 la lèvre supérieure ; sa plus grande largeur dorsale est de 7 centimètres ; son périmètre au même niveau est de 12 cent. 5, son épaisseur de 21 millimètres. »

Elle tremble et est gênante pour la parole, la mastication et la déglutition.

Cette macroglossie faisant penser à l'acromégalie, Chauffard est porté à examiner son malade à ce point de vue, et il trouve quelques symptômes pouvant se rapporter à cette maladie : un prognathisme assez accusé, qui a commencé à se produire un peu avant l'augmentation de volume de la langue et qui a une marche progressive, prognathisme qui a modifié l'expression de la physionomie au dire du malade ; en outre il existe une augmentation de saillie de la bosse occipitale, de la céphalée, des troubles oculaires ayant amené une cécité presque absolue de l'œil droit. Ajoutons à cela de la cyphose cervico-dorsale avec lordose dorso-lombaire et une augmentation de volume de la verge ; nous aurons un tableau d'acromégalie au début, auquel il ne manque que les déformations des mains et des pieds. Chauffard pense qu'on peut aussi bien diagnostiquer dans ce cas une acromégalie fruste, qu'on peut

diagnostiquer un goitre exophthalmique sans goitre, etc.

IV

MM. Gilles de la Tourette et Gasne lisent un travail sur l'*intoxication chronique par le café*. Le caféisme chronique produit des troubles assez analogues à ceux de l'alcool ; de plus ceux qui font abus du café font souvent abus en même temps de l'alcool et du tabac ; c'est ce qui explique que les troubles produits par le café soient peu connus.

M. Guelliot (de Reims) a publié en 1885 un excellent mémoire (1) basé sur dix-sept observations, qui a passé presque inaperçu jusqu'à ce jour, quoique ayant donné du caféisme chronique un tableau très complet :

« Dans son mémoire, M. Guelliot élimine le caféisme aigu, ce qu'il appelle *l'ivresse caféique* dont les phénomènes, par suite de leur courte durée, sont beaucoup moins importants que ceux consécutifs à l'absorption de doses considérables et prolongées du même liquide. Immédiatement, il établit avec beaucoup de justesse que l'intoxication ainsi produite « présente des symptômes assez analogues à ceux de l'intoxication alcoolique ».

« Il est difficile d'établir exactement quelle est la quantité nécessaire pour produire l'intoxication, d'autant qu'il existe pour le café comme pour l'alcool des susceptibilités individuelles très marquées et que les femmes en particulier semblent beaucoup plus sensibles que les hommes à son abus. Aussi les faits les plus nets que l'on recueille en clinique ordinaire appartiennent-ils presque toujours au

(1) *Union médicale et scientifique du Nord-Est*, nos 7 et 8, 1885.

sexe féminin. La raison en est peut-être que chez la femme qui s'adonne au café, l'alcool intervient beaucoup moins souvent que chez l'homme pour embrouiller la symptomatologie.

« A un autre point de vue, celui de la fréquence de l'intoxication, il faut savoir que dans le nord de la France en particulier, pays de grande consommation, le café est presque toujours mélangé à la chicorée ou aux produits torréfiés d'une légumineuse (?) qui, à l'inverse du café, semblent peu toxiques. Tant que la malade de notre deuxième observation est restée dans son département elle n'a pas été intoxiquée parce que la mixture qu'elle absorbait sous le nom de café, ne contenait qu'une très faible quantité de cette substance proprement dite. Arrivée à Paris, elle a abusé comme auparavant du café, mais celui-ci était pur de tout mélange et elle a été intoxiquée.

M. Guelliot avait noté ces faits. Il insiste aussi — point plus difficile à vérifier — sur ce que « le mode de préparation habituellement usité, l'infusion ou plus exactement l'infiltration, en conservant les principes volatils, « accroît les propriétés excitantes du café qui disparaissent au contraire en partie de la décoction ».

« Le café pris d'une façon immodérée porte son action sur tout l'organisme, mais il influence tout particulièrement les fonctions digestives et le système nerveux.

« La *dyspepsie caféique* ressemble de très près aux phénomènes qu'entraîne avec elle la gastrite alcoolique : pituites matinales peut-être toutefois un peu moins accentuées, douleurs au creux épigastrique, avec irradiations en particulier dans la région dorsale, langue saburrale, rouge sur les bords et surtout inappétence très marquée. Il y a un dégoût profond pour les substances solides et les

malades en arrivent à ne s'alimenter presque exclusivement qu'avec du café et un peu de pain trempé dans l'infusion. De ce fait, l'absorption du poison va toujours en augmentant et l'intoxication s'accentue de plus en plus. Il survient des nausées, des vomissements, des renvois acides parfois fort douloureux et les malades, très amaigris, tombent dans ce que M. Guelliot appelle la *cachexie caféique* : « La figure est pâle, d'un blanc jaunâtre ou plutôt grisâtre, terreux, les traits sont tirés, la face est souvent ridée, trop vieillie pour l'âge du malade; quelquefois elle est bouffie alors que l'intoxication est plus invétérée. Le corps est d'une maigreur remarquable, presque squelettique... l'on peut dire que s'il existe des alcooliques gras, d'aspect florissant, les caféiques sont toujours maigres. »

« A l'inverse de l'alcool cependant, le café ne serait pas producteur d'hématémèses et partant d'ulcère rond.

« Aux phénomènes gastriques s'ajoutent toujours des troubles intestinaux sous forme le plus souvent de diarrhée.

« L'*appareil circulatoire* est également influencé, les palpitations sont rares, c'est surtout un ralentissement du pouls que l'on observe. Chez notre malade de l'observation I, les pulsations, de 70-72, étaient tombées à 60 et même 50 à la minute. Il paraît exister de ce côté des variations individuelles.

« Mais comme importance, les *phénomènes nerveux* doivent être placés à côté des troubles de l'appareil digestif.

« Les propriétés stimulantes du café pris à petites doses sont bien connues; mais lorsqu'on en fait un usage abusif, cette stimulation ne tarde pas à se changer en une excitation alternant avec des périodes de dépression cérébrale très marquée.

« Le sommeil disparaît ; lorsqu'il se montre, il est entrecoupé de rêves et de cauchemars terrifiants ou professionnels qui font encore songer à l'alcoolisme. Notre malade de l'observation I était si agité dans son sommeil qu'il lui arriva de tomber de son lit.

« Une fois debout, il avait une sensation intense de vide cérébral, des *vertiges*; au plus fort de son intoxication il présenta même des hallucinations du tact, il ressentait à la nuque des sensations de frôlements qui lui faisaient croire à la présence derrière lui de personnes mal intentionnées; il avait, en un mot, de véritables hallucinations qui ne cessèrent qu'avec l'abus du café.

« A cette période de l'intoxication, chez tous les sujets il existe un tremblement très marqué des membres supérieurs et inférieurs et aussi un tremblement fibrillaire des lèvres pouvant se généraliser sous forme de secousses aux autres muscles de la face et de la langue.

« Ces phénomènes varient un peu suivant les individus; ceux qui se montrent du côté des membres inférieurs sont beaucoup plus constants.

« Il existe, principalement dans les masses musculaires du mollet et de la cuisse, des crampes très douloureuses, à caractère surtout nocturne, contribuant à empêcher le sommeil. Les masses musculaires sont douloureuses à la pression. Ces phénomènes peuvent se montrer également, mais moins marqués, aux membres supérieurs.

« Ces troubles ne sont pas seulement subjectifs. Chez notre malade (II) il existait une diminution très nette de la sensibilité suivant ses divers modes, de la peau des deux jambes et des deux avant-bras, cessant symétriquement au niveau des genoux et des coudes. Deux fois sur 17 cas M. Guillot a constaté semblable altération de la sen-

sibilité. « Chez Mme M..., dit-il, l'anesthésie avait envahi les bras, à partir du coude, les épaules et la partie supérieure du tronc. » Dans ce cas comme dans le nôtre on ne pouvait incriminer l'hystérie.

« Les réflexes tendineux, rotuliens, en particulier, semblent rester indemnes.

« Chez les malades que nous avons observés, il y avait de l'émaciation générale et non de l'atrophie musculaire proprement dite ; les muscles des mollets, en particulier, avaient leurs réactions électriques normales. »

Les accidents produits ainsi par le café sont moins tenaces que ceux produits par l'alcool et la suppression du toxique est rapidement suivie d'une grande amélioration.

Les enfants nourris prématurément avec du café, comme cela se voit dans les départements du nord, ont un arrêt de développement très manifeste.

M. Gilles de la Tourette rapporte ensuite deux observations très intéressantes, mais nous les reproduirons plus tard dans un travail d'ensemble sur le caféisme qui pourra nous permettre de compléter la pathogénésie de coffea tosta.

V

(*Séance du 19 juillet.*) — M. Barré, à l'occasion d'un malade qui a succombé dans son service et dont il présente le cœur, lit un mémoire sur le *rétrécissement préartériel de l'orifice pulmonaire.* Il rappelle d'abord qu'il peut exister un rétrécissement au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire ou au niveau des valvules qui ferment cet orifice ; ou bien qu'il peut exister un rétrécissement avant l'orifice, un rétrécissement préartériel, qui siège sur l'infun-

dibulum du ventricule droit ; que ce rétrécissement préartériel peut être pur, comme chez sa malade, ou peut exister en même temps qu'un rétrécissement de l'orifice pulmonaire.

Voici les principales conclusions de ce mémoire :

« Le rétrécissement infundibulaire (ou préartériel de l'artère pulmonaire est une affection rare, comparée aux autres variétés de sténose pulmonaire ; sur neuf cas, il a été observé six fois chez la femme.

« L'affection donne naissance à un frémissement cataire, systolique, intense, et à un bruit de souffle également systolique et d'une grande rudesse. Son maximum d'intensité se trouve dans une zone limitée entre la troisième articulation chondro-sternale gauche et la pointe du cœur ; en ce dernier point, le souffle est parfois encore très intense, mais la propagation vers l'aisselle est nulle ou à peine ébauchée.

« La localisation particulière du bruit de souffle dans le rétrécissement préartériel, permet de distinguer celui-ci du rétrécissement siégeant au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire, dont le souffle a son maximum d'intensité dans le deuxième espace intercostal gauche, le long du bord du sternum. »

D[r] MARC JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX

INNOCUITÉ DU LAIT DES VACHES TUBERCULEUSES.

Nous empruntons au *Journal d'hygiène* le passage suivant qui se trouve d'accord avec les opinions défendues dans ce journal.

Nous avons sous les yeux le rapport que la Commission royale de Londres pour l'étude de la tuberculose d'origine alimentaire vient de présenter au Parlement.

Les conclusions auxquelles l'ont conduite une enquête sérieuse, et des expérimentations des plus variées, méritent toute l'attention des praticiens et du public en général, par cela même qu'elles contrastent singulièrement avec les exagérations prophylactiques préconisées par les deux Congrès parisiens de la tuberculose.

Petit à petit, l'observation clinique impartiale, et le bon sens pratique se mettent en lieu et place des admonitions théoriques et des appréhensions microbiennes.

Pour la Commission royale — aussi compétente qu'autorisée — une bonne partie de la viande d'animaux tuberculeux *peut être ingérée inpunément par l'homme*, pourvu : 1° que tous les organes qui sont le siège habituel des foyers tuberculeux, soient enlevés et détruits ; 2° que la viande soit protégée contre toute souillure de produits tuberculeux ; 3° qu'elle soit soumise à une cuisson assez énergique pour détruire les germes infectieux qui peuvent se trouver dans les parties profondes.

Pour ce qui concerne le lait provenant de vaches tuberculeuses, la Commission estime : *qu'une ébullition même*

de courte durée suffit pour en rendre l'usage inoffensif! (20 juin 1895).

TOXINE CANCÉREUSE.

Les essais de sérothérapie du cancer étant à l'ordre du jour il y a lieu de faire connaître tout ce qui peut avoir rapport avec ce mode thérapeutique.

A la séance du 22 juin dernier de la Société de Biologie M. Boinet (de Marseille) fait une communication qui doit appeler l'attention sur les dangers possibles de la sérothérapie du cancer.

Un gros chien, non anémié, atteint de cancer des parois abdominales avec noyaux cancéreux secondaires de la rate (constatés à l'autopsie), succombe, en quelques minutes, à la suite d'une injection intraveineuse de 30 centimètres cubes de suc cancéreux concentré extrait des parties profondes, non exposées à l'air, d'un cancer encéphaloïde provenant du sein de femme opérée quelques heures auparavant.

Un chien sain, au contraire, qui pesait un tiers de moins, supporte sans accidents une injectiou intraveineuse de 45 centimètres cubes du même suc cancéreux, et il est encore en excellent état quinze jours après cette opération.

L'extrait alcoolique de ce suc cancéreux, évaporé à 37°, contenait des toxines donnant toutes les réactions caractéristiques des ptomaïnes. Ces toxines forment même avec le chlorure de platine des cristaux microscopiques, blancs, transparents, semblables à du givre et affectant la disposition des feuilles de fougère. (*Semaine médicale*, 26 juin.)

OUVERTURE DU DUODÉNUM ET DU CANAL CHOLÉDOQUE POUR UN CALCUL BILIAIRE.

Un homme de 36 ans, atteint de coliques hépatiques depuis huit ans, coliques assez violentes et assez fréquentes, mais sans ictère, fut pris en octobre 1893 d'une crise plus violente avec jaunisse; guérison au bout de quatre semaines mais en janvier 1894, symptômes fébriles, ictère et coliques hépatiques; depuis l'ictère persistait, avec crises hépatiques toutes les deux ou trois semaines. Une saison à Carlsbad n'amena aucune amélioration et le malade s'affaiblissait beaucoup lorsque le Dr Kocher se décida, le 4 juin 1894, à pratiquer l'opération suivante :

Après ouverture du péritoine on trouve le foie peu augmenté de volume; la vésicule biliaire est petite et ne renferme qu'un peu de bile. A l'aide du doigt introduit derrière le duodénum, on constate la présence, dans le canal cholédoque, d'un calcul ayant le volume d'un œuf de pigeon. Ce calcul est très dur et résiste aux tentatives de broiement faites à l'aide d'une pince. On cherche à écarter le duodénum, mais sans y parvenir; une hémorrhagie se produit au niveau de la tête du pancréas; on l'arrête par tamponnement. On pratique alors une incision transversale sur la paroi antérieure du duodénum, puis on incise à son tour la paroi postérieure de l'intestin et le cholédoque sur le calcul, que les doigts d'un aide refoulent en avant. Après extraction du calcul, les bords de l'incision du cholédoque sont réunis aux bords de la plaie duodénale postérieure, puis on fait la suture de l'incision transversale antérieure et l'on termine l'opération par le drainage et la réunion partielle des bords de la plaie abdominale. Le calcul arrondi, sans

facettes, avait une longueur de 27 millimètres et une circonférence de 6 centimètres. L'opéré sortit guéri le 19 juillet. Les crises douloureuses et l'ictère cessèrent complètement.

M. Burney est le seul chirurgien qui, jusqu'ici, ait pratiqué une opération analogue. Il ouvrit le duodénum, dilata l'orifice intestinal du cholédoque, et fit ainsi l'extraction du calcul. Chez l'opéré de M. Kocher une simple dilatation de cet orifice aurait été insuffisante, vu les dimensions du calcul. C'est pourquoi il se vit obligé d'avoir recours à l'opération décrite plus haut, opération à laquelle il donne le nom de « cholédochoduodénostomie interne. » (*Semaine médicale*, 17 juillet.)

GLYCOSURIE PRODUITE PAR LA THYROÏDINE.

Voici un petit fait à ajouter à la pathogénésie de la thyroïdine publiée dans les numéros précédents de l'*Art Médical*; c'est l'histoire d'une malade présentée à la Société de médecine berlinoise le 10 juillet dernier par M. Ewald et qui a été guérie d'un myxœdème par le traitement thyroïdien. Il est à remarquer qu'au cours de ce traitement cette femme a présenté de la glycosurie. Le même fait a déjà été constaté par James en Angleterre et par plusieurs autres auteurs. La quantité de sucre excrétée par les urines est très variable et dépend peut-être du régime alimentaire. S'agit-il de dextrose, de pentose ou de galactose, je ne puis le dire ; il résulte seulement de mes expériences qu'on a affaire, dans le cas présent, à une substance dextrogyre.

Cette femme est très satisfaite du résultat obtenu : elle préfère de beaucoup sa glycosurie à la maladie dont

elle était atteinte antérieurement. (*Semaine médicale*, 17 juillet.)

TRAITEMENT DES PIQURES DE SERPENTS PAR LE CHLORURE DE CHAUX ET PAR LE SÉRUM D'ANIMAUX VACCINÉS.

Nous avons rapporté dans le numéro de septembre 1894 de l'*Art médical* un travail de M. Calmette établissant les vertus curatives du chlorure de chaux et du sérum d'animaux immunisés contre les piqûres des serpents. Un travail de MM. Phisalix et Bertrand publié dans le numéro 20 du *Bulletin de la Société de biologie* de cette année confirme l'action du sérum d'animaux immunisés comme préventif et curatif des piqûres de serpents. Mais ce travail démontre que le chlorure de chaux, loin de pouvoir immuniser les animaux comme le sérum vaccin, n'a qu'une action locale et qu'il ne guérit qu'à la condition d'être inoculé profondément dans la morsure et au bas de cette morsure.

FORME ANOMALE DE COQUELUCHE CHEZ LES NOURRISSONS

M. le Dr Baumel, de Montpellier, a décrit une forme toute particulière de coqueluche chez les enfants de moins d'un an. Dans cette forme les quintes de toux spasmodiques avec leur reprise sont remplacées par des accès de suffocation survenant brusquement le jour et la nuit, plus souvent la nuit, au nombre de huit à quinze dans les vingt-quatre heures. Ces accès sont très analogues à ceux qu'on observe dans le spasme de la glotte : la respiration s'arrête, l'enfant devient violacé et la cyanose est surtout marquée du côté de la muqueuse bucco-linguale ; enfin surviennent quatre ou cinq petites secousses de toux ne

ressemblant nullement aux quintes classiques, puis tout rentre dans l'ordre. D'autres fois, l'accès se traduit par une respiration bruyante, sans toux croupale ni cyanose; il revêt alors la forme d'une laryngite striduleuse intermittente, d'une chorée passagère du larynx. Les accès de suffocation, remplaçant les quintes de la coqueluche, peuvent parfois provoquer des convulsions généralisées, plus rarement la syncope; ils peuvent aussi se terminer par la mort.

M. Baumel estime que ces accès sont en réalité dus à la coqueluche, car il a eu l'occasion d'observer, dans une même famille, la coexistence, chez les enfants au-dessous d'un an, de la forme anomale qu'il décrit, et, chez les enfants plus âgés, de la coqueluche classique.

(*Semaine médicale*, 12 juin.)

TRAITEMENT DU TIC DOULOUREUX PAR DES INJECTIONS D'ANTIPYRINE ET DE COCAÏNE

Dans deux cas de tic douloureux de la face, affection si rebelle aux ressources de la thérapeutique, M. le docteur Grandclément (de Lyon) a obtenu de bons résultats au moyen d'injections de la solution ci-dessous formulée :

Antipyrine.	4 grammes
Chlorhydrate de cocaïne..	0 gr. 03 cent.
Eau distillée.	10 grammes

F. S. A. — Pour injections hypodermiques.

Notre confrère injecte coup sur coup, tout au travers de la face et sur les points douloureux, un à plusieurs centimètres cubes de cette solution. Immédiatement après, la face devient le siège d'un énorme œdème qui se dissipe assez rapidement. Les injections sont pratiquées quoti-

diennement et même, au besoin, plusieurs fois par jour.

Ce traitement a amené chez les deux malades de M. Grandclément, au bout de quelques jours, la disparition complète de la névralgie. Cependant la guérison n'a pas été radicale : ainsi, chez l'une des malades, deux rechutes se produisirent à une année d'intervalle, mais elles furent enrayées en l'espace de deux à trois jours par le même traitement. Chez la seconde malade une rechute survint aussi au bout d'une année et l'on se proposait déjà d'avoir de nouveau recours aux injections d'antipyrine et de cocaïne, lorsque la patiente fut emportée par une affection pulmonaire.

(*Semaine médicale*, 29 mai.)

TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ PAR L'ADONIS ÆSTIVALIS

Un médecin allemand, M. le Dr Kessler, a pu se convaincre sur lui-même des excellents effets de l'*adonis æstivalis* comme moyen pour combattre l'obésité. Notre confrère prenait une teinture de cette plante à la dose de X gouttes, répétée trois fois par jour. Son poids, qui était de 123 kilogrammes, avait diminué de 6 kil. 120 au bout des trois premiers jours, et de 9 kil. 100 après un mois de traitement. Ce résultat n'a été accompagné d'aucun effet désagréable.

L'adonis æstivalis paraît agir directement sur l'épithélium rénal, puisque ses effets diurétiques se manifesteraient même chez les sujets atteints de dégénérescence graisseuse du myocarde, et que l'action diurétique ne saurait être expliquée chez eux par une augmentation de la pression sanguine sous l'influence du médicament. (*Semaine médicale*, 29 mai.)

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS DU CANCER DE L'ESTOMAC PAR LES INJECTIONS DE MORPHINE.

M. Huchard fait, à la Société de thérapeutique (séance du 22 mai), la communication suivante :

Dans le cancer de l'estomac, à côté des vomissements d'origine mécanique et de ceux qui sont dus à l'insuffisance digestive ou à la parésie musculaire, on peut noter des vomissements de nature spasmodique provoqués par l'hyperesthésie de la muqueuse seule. Dans cette variété, les injections de morphine, à la dose de 0 gr. 004 à 0 gr. 005, faites environ un quart d'heure avant le repas, donnent d'excellents résultats. J'ai vu appliquer avec succès ce traitement par Peter dans un cas de rétrécissement cancéreux du pylore. Il en a été de même chez un malade atteint de cancer de l'estomac et présentant des vomissements incoercibles, que les divers traitements usités en pareil cas n'avaient pu faire cesser. J'ajoute que cette médication a complètement réussi dans les vomissements spasmodiques des phtisiques.

Nous connaissons l'action favorable des piqûres de morphine faibles sur les vomissements incoercibles de la grossesse et sur les vomissements hystériques, mais nous croyons qu'il y a une action véritablement homœopathique : tout le monde connaît l'effet ordinaire des piqûres de morphine qui provoque les vomissements.

TRAITEMENT DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE PAR LE FLUORURE DE SODIUM.

M. Crocq fait un rapport sur un mémoire du Dr Bour-

geois, de Tourcoing, à l'Académie de médecin de Belgique (séance du 25 mai).

Ce mémoire se base sur 17 observations; il en élimine 3 traités *in extremis* et 3 qui ne sont pas de véritables méningites tuberculeuses :

Dans les 11 derniers cas, le fluorure de sodium aurait produit une amélioration d'autant plus manifeste que l'affection était traitée plus près du début.

Chez 2 enfants, cette amélioration a été tellement rapide — bien que l'un des malades fût dans le coma — que pendant plusieurs jours on a cru pouvoir espérer la guérison.

Enfin, il y a eu 7 guérisons réelles, dont l'une a trait à l'enfant qui vous a été présenté, et qui, toutefois, est resté complètement sourd et strabique. Chez ce petit malade, ainsi que chez 2 autres enfants également guéris, on pouvait constater, outre les symptômes habituels de la méningite tuberculeuse, une tuméfaction papillaire très accentuée.

En terminant, l'auteur conseille, pour le traitement de la méningite tuberculeuse, d'employer environ 0 gr. 001 de fluorure de sodium par année d'âge et par jour, et, si aucun résultat ne s'est produit dans les vingt-quatre heures de doubler la dose, sans toutefois dépasser 0 gr. 005. Dès qu'une amélioration bien franche se manifeste, ce qui a lieu habituellement au bout de trois ou quatre jours de traitement, il faut abaisser la dose du médicament afin d'éviter ses effets cumulatifs.

On doit instituer aussitôt que possible le traitement par le fluorure de sodium, l'époque où cette médication

est commencée ayant plus d'importance que la gravité même du cas.

Enfin, d'après l'auteur, cette méthode échouerait chez l'adulte.

SYMPTÔMES PRODUITS PAR LA VANILLE.

Les ouvrières qui manipulent les gousses de vanille présentent un certain nombre de symptômes qui sont sous la dépendance de l'absorption de celle-ci.

Au moment de la cueillette, la gousse contient une huile corrosive qui détermine sur la peau une vive cuisson, et même une éruption.

On remarque chez les ouvrières des troubles de la vue, des hallucinations, des insomnies, de l'inappétence, de l'irritation vésicale ; puis, à un degré plus avancé, des manifestations morbides de l'appareil circulatoire, avant-coureur de la cachexie vanillique.

La vanille est un emménagogue puissant, elle est en même temps un aphrodisiaque. Chez les ouvrières qui manipulent cette denrée, les époques menstruelles se prolongent, se confondent et dégénèrent en hémorragie. La métrite s'observe fréquemment chez elles. Malgré les curettages les plus minutieux et les pansements aseptiques les plus rigoureux, les symptômes ne s'amendent que lorsque la cause du mal est supprimée.

(*Journal d'hygiène*, 6 juin.)

PANSEMENTS ASEPTIQUES DES PLAIES.

M. Zeidler, de Saint-Pétersbourg, considère qu'il est préférable de ne pas se servir de substances antiseptiques

dans les pansements, même des plaies infectées, résultant de l'ouverture de phlegmons, de lymphadénite, etc.

Avant de procéder à l'opération on nettoie et on lave soigneusement le champ opératoire suivant toutes les règles prescrites en pareille circonstance. Pendant et après l'intervention chirurgicale, la plaie est abstergée avec de petites compresses de tarlatane stérilisées. On s'abstient généralement de laver la plaie ; mais lorsque le lavage est nécessaire, on pratique des irrigations avec une solution physiologique stérilisée de chlorure de sodium (0,6 p. 100). La plaie ayant été ainsi nettoyée, on la tamponne soigneusement avec de la gaze stérilisée sèche qu'on a soin de ne pas trop tasser. Par dessus on place encore une couche de tarlatane, puis de l'ouate stérilisée ou du coton de bois.

A chaque nouveau pansement la peau qui entoure la plaie est soigneusement lavée au moyen de l'éther ou de benzine, et la solution de continuité est de nouveau recouverte de tarlatane stérilisée sèche.

Le pansement aseptique sec suffit le plus souvent; mais certaines plaies, telles que les plaies atoniques, exigent l'emploi du pansement humide. Dans ces cas on applique sur le siège du mal une compresse de tarlatane, puis une couche d'ouate humectées avec la solution physiologique stérilisée de chlorure de sodium; ce pansement n'est recouvert d'aucun tissu imperméable, l'évaporation libre à sa surface étant une condition essentielle pour que les pièces qui le composent conservent la faculté d'absorber les produits de sécrétion de la plaie.

L'évolution des plaies se fait d'une façon beaucoup plus favorable sous le pansement aseptique que lorsqu'on pratique l'antisepsie. La sécrétion est beaucoup moins con-

sidérable et le bourgeonnement se produit d'une manière pour ainsi dire normale, c'est-à-dire que les granulations ne se développent pas d'une façon exubérante et ne saignent pas, comme c'est le cas lorsqu'on applique un pansement antiseptique, notamment la gaze iodoformée.

Le pansement doit être renouvelé rarement, tous les huit jours autant que possible. Malgré ce laps de temps relativement prolongé, on n'observe généralement pas de phénomènes de décomposition des produits de sécrétion de la plaie.

Tant que l'écoulement libre du pus est assuré, la plaie évolue d'une façon absolument normale et présente, en général, une réaction moindre que celle d'une plaie traitée par la méthode antiseptique. (*Semaine médicale*, 10 avril.)

PROCÉDÉ HYDROTHÉRAPIQUE POUR COMBATTRE LES SUEURS DES PHTISIQUES.

Dans les cas d'hyperhydrose nocturne des phtisiques rebelle aux traitements ordinaires (atropine, agaricine, phosphate de chaux, etc.), le moyen suivant a souvent réussi à M. le Dr S. Knopf, ainsi qu'il le relate dans sa thèse inaugurale :

Une compresse de toile ou de coton pliée en trois ou quatre doubles et imbibée d'eau à 12° ou 15°, assez longue pour pouvoir recouvrir comme un châle la poitrine et les épaules, est appliquée rapidement sur le thorax en ayant soin que les sommets soient bien couverts. On enroule ensuite autour de la poitrine une compresse de toile.

Le malade reste ainsi emmaillotté pendant toute la nuit ; le plus souvent il dort bien, n'éprouve aucun inconvénient de la chaleur entretenue par les compresses et

transpire peu ou point. Le matin on enlève les compresses et on fait une friction sèche. (*Semaine médicale*, 3 juillet.)

CÉCITÉ PRODUITE PAR L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE FOUGÈRE MALE.

M. Masius signale à l'Académie de médecine de Belgique l'observation de 2 cas d'amaurose plus ou moins complète chez des malades auxquels il avait prescrit 8 à 10 grammes par jour d'extrait éthéré de fougère mâle pendant plusieurs jours de suite.

Il a expérimenté sur 4 chiens et 2 ont montré au bout de quelque temps des signes évidents de cécité.

M. Van Aubel rappelle que Gerhard a signalé aussi des accidents d'amaurose après des doses de 10 à 15 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle. (*Semaine médicale*, 5 juillet.)

SUR UN TRAITEMENT SÉROTHÉRAPIQUE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

MM. les Drs F. Klemperer, privatdocent de pathologie interne, et E. Levy, privatdocent de bactériologie à la Faculté de médecine de Strasbourg, ont institué chez cinq dothiénentériques du service de M. le Dr B. Naunyn, professeur de clinique médicale à ladite Faculté, des essais de traitement avec le sérum de *chiens* immunisés à l'égard de la fièvre typhoïde par l'inoculation de cultures de virulence moyenne du microbe d'Eberth-Gaffky. Les sujets en expérience se trouvaient tous au premier septénaire de la maladie. On leur fit quotidiennement, pendant trois jours consécutifs, une injection de 20 centimètres cubes de sérum sanguin de chien immunisé. Ces injections ont été bien supportées et n'ont jamais provoqué

ni éruptions cutanées ni albuminurie. Sous leur influence la fièvre typhoïde a suivi chez les cinq malades une évolution bénigne. Généralement, à partir du troisième jour après la dernière injection, on voyait survenir une rémission matinale de la fièvre, laquelle allait s'accentuant de plus en plus dans la suite et aboutissait vers la fin du second ou le commencement du troisième septénaire à l'apyrexie définitive ; dans un cas cependant, une rechute se produisit huit jours après la cessation de la fièvre.

(*Semaine médicale.*)

NÉCROLOGIE

Le Docteur Frédault

Au mois de mai 1862, quand J.-P. Tessier succombait, il laissait pour représenter son école un journal, l'*Art Medical*, et un certain nombre d'élèves. Ces jeunes médecins, anciens internes des hôpitaux, liés par la même doctrine médicale, unis par l'habitude des combats soutenus en commun, et, il faut bien le dire, pour les persécutions dans les concours et dans la clientèle, constituaient par leur unité et leur savoir une véritable force : j'ai le droit d'appeler une force cette association qui a, depuis plus de trente ans, défendu et propagé les doctrines du maître et constitué une *Ecole*. J.-P. Tessier, a bien le droit au titre de *maître* et ses élèves constituent réellement une *École* puisqu'ils possèdent une solution sur les quatre grandes divisions de la médecine : la nature de l'homme, la na-

ture de la maladie, celle de la cause et enfin, ce qui est le couronnement de l'édifice, une doctrine thérapeutique.

De ces élèves de J.-P. Tessier trois se retirent en province : J. Hélot, mort depuis longtemps à Rouen ; Imbert-Gourbeyre et Ed. Dufresne qui vivent tous les deux, le premier à Clermont-Ferrand, le second à Genève.

Des six restés à Paris, Gabalda mourut le premier, puis Milcent, puis Champeaux, puis Davasse. Frédault vient de mourir et je reste seul attendant mon tour; mais tranquille, dans cette pensée que notre œuvre est assurée, par *l'Art Médical* et par l'hôpital Saint-Jacques.

Félix Frédault naquit à Paris en 1823, d'une famille de commerçants. Son père était un homme un peu rude, intelligent et laborieux ; il s'était fait une situation dans l'industrie parisienne ; sa mère mourut jeune, je ne l'ai pas connue.

Je rencontrai Frédault, pour la première fois en 1844, à l'Hôtel-Dieu, où nous étions internes tous les deux. Le sort nous avait désignés pour monter la garde ensemble et bientôt nous fûmes liés d'une amitié qui a résisté à toutes les épreuves.

Parisien de race, Frédault avait de l'esprit jusqu'au bout des ongles, un caractère frondeur prêt pour toutes les audaces ; avec cela une grande bonté qui adoucissait ce que son caractère avait d'un peu agressif. Si nous ajoutons que Frédault était doué d'une parole facile, élégante ; qu'au besoin, il avait une répartie souvent juste, toujours pleine de finesse, que son style avait toutes les qualités de sa parole ; nous aurons une idée de la valeur intellectuelle de notre ami.

Et c'est moi qui l'ai perdu en lui faisant connaître Tessier, je le mettais dans une situation où il fallait renoncer

à tout ce qui faisait battre notre jeune ambition, à l'école et aux hôpitaux. Mais en récompense, il a eu la connaissance d'une vérité plus élevée et la conscience d'un devoir accompli au prix de ses intérêts professionnels.

Après sa thèse inaugurale sur l'*Endocardite*, les premiers écrits de Frédault furent des travaux de polémique pour la défense de l'homœopathie. Et si le bon sens et l'équité avaient dû juger la question, il y a longtemps que la cause serait gagnée ; mais que peuvent le bons sens et le savoir, contre le préjugé, l'amour-propre froissé, et les intérêts menacés.

Indépendamment de nombreux travaux publiés par Frédault dans l'*Art Médical*, nous signalerons sa monographie sur les *hémorrhoïdes*, son *Histoire de la médecine* et enfin son œuvre capitale, l'*Anthropologie*, complétée quelques années après par son volume *Forme et matière*.

L'*Anthropologie* du Dr Frédault est de beaucoup son œuvre principale, c'est à proprement parler un traité de *physiologie générale* dans lequel l'auteur établit la *doctrine de l'unité de l'homme*, telle que la comprenait Aristote et la scolastique.

Dans cette doctrine tout être vivant se compose d'une âme et d'un corps tellement unis, qu'il n'y a plus une âme et un corps, mais un être résultant de cette union. Ainsi, pour l'homme en particulier, il est impossible d'isoler des phénomènes purement intellectuels et d'autres purement corporels. Les actes de l'homme sont du *composé* et non de l'âme ou du corps, il en est de même de ses souffrances. D'où l'adage scolastique *actiones et passiones sunt compositi.*

Ces deux axiomes jettent une grande clarté sur la phy-

siologie et sur la pathologie. En physiologie, c'est l'union de l'âme avec la cellule qui amène la formation, la croissance et la vie de l'être, comme c'est la séparation de l'âme qui produit la mort. C'est parce que l'âme et le corps sont étroitement unis que les actes intellectuels ont leur retentissement sur les cellules vivantes. Ainsi le travail intellectuel non seulement détermine l'afflux du sang à la tête, la fatigue cérébrale, mais même un changement dans la composition des urines, et, par contre, les troubles dans les fonctions organiques diminuent ou même suspendent les fonctions intellectuelles.

En pathologie les maladies sont du composé, de l'homme tout entier. Localiser les maladies est une absurdité, ce sont les lésions et leurs symptômes qui se localisent. Mais la maladie est de l'homme tout entier; parler, comme certains *aliénistes*, de maladies de l'âme et de maladies du corps, c'est une puérilité.

Frédault, employant la langue de la scolastique, dit : *l'âme est la forme du corps*, et cette formule qui doit être conservée parce qu'elle est très claire dans sa brièveté et qu'elle est traditionnelle, sonne mal à nos oreilles modernes et est mal comprise. La nature ou l'essence de l'homme consiste donc en ce qu'il est une intelligence *unie* au corps d'une manière si intime qu'elle ne forme avec lui qu'un *composé substantiel* et non pas seulement *accidentel*, comme l'enseignait Platon. De sorte que la mort arrivant, on a d'un côté une âme et de l'autre un cadavre, mais il n'y a pas d'homme.

Le mot forme ne doit pas être pris au sens *géométrique*, où la forme n'est que la configuration extérieure, la forme d'un cercle, d'un cylindre, d'un carré, mais au sens *philosophique* et exprimant le *principe actif*, le principe *forma-*

teur de tout composé par lequel un être est cet être et non un autre.

Un exemple fera mieux comprendre le sens du mot *forme*. D'un même bloc de marbre, on peut faire une statue ou une cuvette; la matière est la même et cependant les deux objets sont bien différents. Où gît la différence? Dans la *forme*. La forme domine tellement la matière qu'une œuvre d'art sera aussi admirable en terre cuite qu'en argent ou en or. De même l'âme est la forme qui, avec des éléments communs, constitue des êtres différents : l'homme, le cheval, le lion, etc.

De plus en plus attiré par l'attrait des questions philosophiques, Frédault délaissa les travaux de pathologie et ne produisit plus guère que des articles à l'*Art médical* et son dernier grand ouvrage intitulé *Forme et matière*, dans lequel il confirma des doctrines exposées dans l'*Anthropologie*.

Comme homme, Frédault fut un homme d'honneur et un médecin instruit.

Ce qui fait l'honneur de l'homme, c'est la fidélité au devoir élevée à sa plus haute puissance. Or, Frédault comprit ses devoirs de père de famille et y consacra sa vie entière sans restriction et sans réserve. Il resta fidèle à son maître sans regarder en arrière pour regretter ce qu'il quittait ni en avant où il abandonnait un avenir de succès et d'argent. Il fut fidèle à ses amis en toute circonstance.

Médecin très instruit, Frédault eut une clientèle aussi considérable par le nombre que par la qualité des clients. Il sut remplir ses devoirs professionnels avec une telle exactitude qu'il mérita l'estime de ses adversaires eux-mêmes.

Frédault fut aussi fidèle à son Dieu et il mourut entouré

des consolations de la religion, des soins affectueux de ses enfants et de ses amis.

D[r] P. Jousset.

VARIÉTÉS

UN MÉDECIN HOMŒOPATHE A VICHY.

Notre confrère le D[r] Gruzu, qui est l'hiver à Cannes, passe à Vichy le temps de la saison thermale. Nous lisons dans le dernier numéro du *Journal belge d'homœopathie* que cette année l'administration des eaux de Vichy à supprimé de la liste des médecins inscrits dans le *Guide de Vichy*, qu'elle distribue gratuitement, le nom de notre confrère homœopathe, qui y avait figuré les années précédentes.

Nous joignons notre protestation à celle de notre confrère belge et nous conseillons à nos confrères homœopathes d'adresser au D[r] Gruzu les malades qu'ils envoient à Vichy.

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY. 52, rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

SEPTEMBRE 1895

NOSOGRAPHIE

LA SCARLATINE ET L'ÉTAT TRAUMATIQUE.

(*Scarlatine chirurgicale.*)

Le sujet de la *scarlatine dite chirurgicale* a été introduit dans la science par Sir J. Paget en 1864, par la presse médicale de Londres. La dernière des leçons cliniques du professeur anglais publiées en 1875 est consacrée à l'examen de cette question.

Pendant une épidémie, Paget avait observé à l'hôpital et dans sa clientèle onze cas de scarlatine à la suite d'opérations ; frappé de cette coïncidence, il les rapprocha d'autres faits analogues se proposant d'en tirer quelques vues d'ensemble. Tout d'abord Paget ne vit là que des scarlatines ordinaires. La maladie cependant lui paraissait affecter plutôt des sujets opérés : d'où la conclusion qu'étant donné un milieu épidémique, le choc de l'opération prédisposerait au développement de la fièvre éruptive. S'il n'en est pas ainsi, disait-il, pas de raison pour que l'éruption paraisse au moment de l'opération et non pas plus tard.

D'autres observateurs ont voulu considérer une plaie ouverte enflammée comme un point de départ favorable à la scarlatine. Il n'y a point à contredire tel fait particulier, encore qu'il soit probable, surtout s'il y avait des

rashs prémonitoires, qu'il s'agissait d'érysipèle ou diathèse purulente plutôt que de scarlatine.

Les mêmes observations ont été faites à propos de la scarlatine et des femmes en couches ; nous traitions de cette question ici même l'an dernier. A peine est-il besoin de faire remarquer à quel point les deux projets sont analogues. Nous verrons tout à l'heure que les conclusions à induire sont les mêmes.

II

Il s'est produit chez les médecins anglais, à propos du traumatisme, la même impression qu'à propos de l'état puerpéral : une disposition à créer autour des blessés et des opérés une atmosphère pathologique spéciale, s'étendant par influence aussi à toutes les affections dont en telles circonstances ils pourraient être appréhendés.

Il faut le dire cependant de même que pour l'état puerpéral, rien de plus traditionnel que cette notion;du temps d'Hippocrate elle portait le nom de *Blabe*.On la suit depuis Galien jusqu'à nous. — Lordat, de Montpellier la constate dans son Traité de la perpétuité de la médecine. — Son collègue le professeur Prunelle, dans un discours académique (1814), en parle dans le même sens. Pendant quarante ans la médecine contemporaine croyait avoir écarté ce sujet obscur et toujours un peu mystérieux par les explications mécaniques inventées pour rendre compte de la pyohémie et de l'infection purulente. Les recherches bactériologiques, les procédés antiseptiques, ont il est vrai, imprimé à la question une orientation différente mais sans y apporter encore la précision réclamée depuis si longtemps.

Que l'on se reporte au XVIII^e siècle. Souvenez-vous des

notions confuses alors répandues sur l'état puerpéral, dans toutes les écoles médicales de l'Europe : vous serez moins surpris de la détermination des médecins anglais. On sait quelle est en Angleterre et dans les pays du Nord la fréquence, l'universalité des épidémies de scarlatine, les constitutions médicales redoutables qu'elles engendrent. Voyant en telles circonstances la scarlatine s'implanter chez un opéré, ils ont conçu l'impression d'un état pathologique hybride combinaison du traumatisme et de la fièvre éruptive. Ainsi a été créée la *scarlatine chirurgicale*.

III

Abordant la question de plus près, voyons quelles circonstances, quels traits spéciaux sont à mettre en évidence dans les divers écrits qui traitent de la scarlatine chirurgicale.

Etiologie. — Le traumatisme, avant tout celui des opérations chirurgicales, établirait une prédisposition : mais il y faut aussi une constitution épidémique. Les séries d'observations recueillies en témoignent ainsi que des heureux résultats obtenus dans les hôpitaux par l'isolement. L'immunité des sujets atteints une première fois par la scarlatine est aussi constatée.

L'opérateur, comme l'accoucheur auprès des parturientes, est trop souvent l'agent contagioniste. Il y faut prendre garde, éviter d'opérer pendant les épidémies.

La rougeole, à l'égal de toute maladie, peut intervenir après une opération mais plus rarement que la scarlatine. Elle ne trouve pas un terrain de prédisposition particulier.

Nous ne discuterons pas, les trouvant trop subtiles et à l'ordinaire insolubles, des alternatives de casuistique

étiologique formulées par quelques auteurs. Le virus scarlatineux pénètre-t-il *per os* ou *per vulnus*? Faut-il admettre une infection immédiate du fait de l'opérateur : ou que le virus étant latent, le choc opératoire le mettrait en évolution, etc.

Le Dr Hoffa (1) cite le fait suivant. Un médecin se pique le doigt en faisant l'autopsie d'un scarlatineux : neuf jours après, l'angine commence, le lendemain la température s'élève, l'éruption débute par le doigt blessé. Y a-t-il eu inoculation du microbe — d'ailleurs encore inconnu — ce serait disent quelques-uns, la preuve directe.

La lecture des travaux publiés (2) incline à penser que les opérations pratiquées sur la vessie et les organes génitaux plus que d'autres prédisposeraient à la scarlatine : en particulier la taille, la lithotritie, les divers cathétérismes, l'ablation des végétations près de la vulve ; chez les enfants le phymosis, la circoncision. Les auteurs ici accumulent les éruptions les plus variées ; il y faudra revenir à propos du diagnostic. En 1838 M. Germain Sée parla d'un exanthème généralisé survenu à la suite d'une trachéotomie, il veut le distinguer de la scarlatine par sa courte durée et sa desquamation qui fut imperceptible.

IV

Symptôme et marche de la maladie. — Pas plus que l'accouchement, le traumatisme ne modifie la scarlatine. La

---

(1) Mém. analysé dans la *Revue des Sciences méd.* Paris, 1888.

(2) BATUT. Thèse inaug. Paris, 1882. *Gazette méd.* 1880 et 1888. Analyse de Verneuil et Trélat, par RICKLIN. *Gazette heb.*, 1870.

scarlatine *post opératoire* comme celle *post partum* n'est qu'une scarlatine ordinaire.

Les trois formes principales de la scarlatine peuvent se présenter ici, mais la forme commune est la plus fréquente. Rien de changé dans les stades. Il y a des rashs ou non, comme pour les parturientes, l'angine légère, de l'albuminurie dans un tiers des cas et la desquamation habituelle. La convalescence plutôt longue, d'ailleurs, subordonnée aux phases de la maladie traumatique et à la constitution du sujet.

La forme anomale à incidents graves, doit être prévue. Il n'y en a pas d'exemple dans les matériaux qui ont été compulsés par nous.

La forme bénigne à éruption incomplète et fugace est fréquente aussi. Elle a pu passer inaperçue.

Ici comme pour la scarlatine puerpérale commencent les difficultés séméiotiques. Entrez dans une salle d'hôpital où dans une ambulance : si autour d'une blessure récente ou après un choc opératoire un rash apparaît non loin de la plaie, c'est le signal d'un état pathologique nouveau qui saisit le malade. Sa situation de blessé est particulièrement favorable aux manifestations éruptives.

Des érythèmes innominés, simples troubles des vasomoteurs, peuvent en tout temps se présenter chez des blessés : outre qu'ils ne sont accompagnés ni de la fièvre ni de l'accroissement thermique qui signalent le début d'une scarlatine, leur caractère fugace n'entretient pas l'incertitude. Il y a l'urticaire mais sa formule éruptive est bien caractéristique. La miliaire chez les traumatiques est bien rare dans nos pays. En présence de ces érythèmes de courte durée, il ne faut pas perdre de vue les scarlatines bénignes à peu près apyrétiques. Veiller aux angines légères

et aux traces de desquamation ; ces maladies peuvent toutes débuter par des rashs.

Ici encore comme pour les accouchées, il ne faut pas négliger les éruptions qui révèlent l'usage de certains médicaments : le copahu, la belladone, l'arnica, le sublimé, toutes substances avec lesquelles un opéré peut avoir été mis en contact dans l'intention d'agir sur l'état traumatique ou pour cause d'antisepsie. On cite des érythèmes provoqués par des applications externes de chlorure de fer sur des végétations vulvaires ou des hémorrhoïdes; le Dr Ricklin (*Gaz. méd.* 1888) cite un cas d'érythème scarlatinoïde général provoqué par le sulfate de quinine chez un opéré ?

V

Nous devons traiter d'une manière moins sommaire de l'érysipèle et de la diathèse purulente, assurément les deux maladies qui sollicitent le plus immédiatement l'attention autour d'un opéré.

Ces deux maladies peuvent s'annoncer par des rashs prémonitoires très analogues rappelant aussi ceux de la scarlatine et les érythèmes susnommés. Suspendraient-ils un instant le diagnostic que bientôt le type du mouvement fébrile et l'accroissement thermique s'accentuant toute hésitation disparaît.

Si les rashs se montrent autour d'une plaie chez un opéré aux prises avec des frissons rémittents réitérés, la face terreuse de la stupeur, le pouls petit, accéléré, comment douter de l'infection purulente, surtout la plaie prenant l'aspect blafard que l'on sait, la suppuration ayant tari.

D'autre part, si chez un blessé à travers un mouvement

fébrile continu des rashs rutilants s'élèvent aux environs de la plaie, si bientôt une seconde plaque s'annonce comment douter de l'approche d'un érysipèle.

L'érysipèle ambulant, une forme grave, s'adapte au traumatisme — il existe aussi à l'état spontané. — Le choc opératoire n'est qu'une cause occasionnelle comme aussi une blessure si une atmosphère méphytique circonvient le malade.

Aussi bien la médecine n'avait pas attendu la conjonction établie par le microbe *streptococcus* pour discerner les rapports étroits qui lient l'érysipèle à la diathèse purulente: la clinique y avait pourvu. L'érysipèle dit phlegmoneux, il a bien fallu le reconnaître, n'est qu'une affection symptomatique de la diathèse purulente spontanée et l'une des plus graves car elle confine à l'ostéomyélite et au rhumatisme suppuré.

La diathèse purulente et l'érysipèle ont des rashs communs, dans les cas traumatiques, mais n'est-ce pas aller un peu loin avec M. Paget et d'autres auteurs que dans la diathèse purulente appeler des rashs les rougeurs inflammatoires de la peau, premiers indices des abcès profonds de l'ostéomyélite et du phlegmon diffus. Ce que les traités de pathologie infantile et des accoucheurs ont appelé l'érysipèle ombilical des nouveau-nés n'est pas autre chose qu'une diathèse purulente et des plus graves ; cette affection débute par des rashs.

Nous l'avons rappelé tout à l'heure, un même microbe, — un streptocoque — caractérise l'érysipèle, la diathèse purulente des opérés et celle des parturientes, comme aussi bien les collections purulentes de la diathèse spontanée et le pus des phlegmons idiopathiques. En définitive toutes les suppurations produisent le même microbe, un strep-

tocoque, la bactériologie confirmant sur tous les points la synthèse de la diathèse purulente.

On en était là quand l'an dernier vint à MM. Roger, Charrin et Marmorek, de l'Institut Pasteur, la pensée d'immuniser l'homme contre l'érysipèle par la sérothérapie. L'âne fut choisi comme l'organisme de transmission et d'atténuation à travers lequel les expérimentateurs ont fait passer le streptocoque. L'expérience paraît avoir été concluante contre l'érysipèle et contre la diathèse purulente puerpérale : encore un témoignage à l'appui des rapports étroits qui unissent à l'érysipèle toutes les maladies qui présentent cet important produit morbide, la suppuration.

Des recherches, récentes aussi, du Dr d'Espine (1), professeur à la faculté de Genève, paraîtraient autoriser, toujours par le streptocoque, un rapprochement entre la scarlatine, l'érysipèle et la diathèse purulente. M. d'Espine, le deuxième jour de l'éruption d'une scarlatine chirurgicale — forme commune des plus régulières chez un homme qui pour une blessure du pied avait subi l'amputation de Chopart — retira du sang d'un doigt un streptocoque à chaînes très longues et flexueuses présentant, à son opinion, des caractères différentiels assez nets. — M. d'Espine ne préjuge pas de la question de savoir si ce streptocoque serait la cause de la maladie puisque la seule preuve qu'il l'estime absolue, l'inoculation à l'homme, n'a pu être tentée.

Mais ce qu'on peut dire à ce sujet c'est que la présence d'un streptocoque très analogue sinon identique — les variabilités de ce microbe sont nombreuses — a été plu-

(1) *Archives de Médecine expérimentale*. Paris, 1892 et *Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, mai 1895.

sieurs fois constatée dans le cours de la scarlatine. Les cas que nous visons ici sont surtout ceux où la scarlatine se complique d'angines, d'adénites en suppuration, d'otites, de phlegmons diffus, de certaines pneumonies infectieuses, de pleurésies purulentes ; complications toutes impliquant l'intervention d'une maladie à suppuration diathésique (infectieuse) ou non auprès de la scarlatine. Cornil et Babès (*Manuel de Bact*, 8[e] édition) ont insisté sur ces coïncidences. Ils ont étudié le streptocoque de M. d'Espine ; Babès le considère comme une variété peu constante du pyogène. Pas plus que M. d'Espine ils n'ont vu dans ce streptocoque le microbe jusqu'à cette heure insaisissable de la scarlatine, mais le fait de complications purulentes greffées sur la scarlatine. En attendant mieux cette conclusion des deux bactériologistes paraît légitime.

Ne pas oublier que des complications purulentes analogues, surtout des abcès pharyngiens, se présentent dans la diphtérie. Le D[r] Roux a vu le microbe de Löffler cohabiter avec le streptocoque de la suppuration ; il a signalé cet accouplement dans l'exposé de son traitement de la diphtérie par la sérothérapie.

La même association entre le streptocoque de la suppuration et le microbe scarlatineux n'a pas été constatée puisque ce dernier n'a pas été découvert.

VI

Ces débats, ces fluctuations d'opinion sur le streptocoque de la suppuration, ont pour leur part contribué à faire soulever une question qui prend de l'importance, la *variabilité dans les microbes*. Question très actuelle, très discutée, dans les laboratoires, ces officines ou les objets

d'étude se pressent comme dans un creuset des matériaux en fusion.

Pour saisir ce moment fugitif d'un problème scientifique discuté (?) que l'on ouvre le récent ouvrage du Dr Rodet (1). Comme déjà nous sommes loin du jour où les microbes entrant dans le mouvement de la science, l'on assignait à chacun des caractères morphologiques précis, transmissibles par voie de génération, des caractères spécifiques complets : ses fonctions étaient déclarées immuables comme ses formes : produisant invariablement, le type pathologique défini d'une maladie : enfin qu'il vivait toujours de la même vie soit dans l'organisme de l'homme et des animaux, soit dans les milieux artificiels des cultures des laboratoires.

Les naturalistes ont résisté, les botanistes surtout, à cet envahissement de leur domaine par les médecins, chacun y apportant ses vues particulières. Les beaux travaux d'Edmond Tulasne sur les champignons hypogés et les cryptogames microscopiques, qui ont fait reculer si loin les limites de l'ancienne classe des infusoires et des êtres non classés intermédiaires entre le règne végétal et le règne animal, protestaient à l'avance contre ce monomorphisme. Naegeli, le professeur de Munich, dont les recherches sur l'olygodynamie devraient être plus connues des bactériologistes français, admettait un polymorphisme encore plus étendu que celui de Tulasne. Billroth, le chirurgien viennois, en ceci disciple de Naegeli, veut qu'un seul microbe pathogène (*coccabacteria septica*) variant

(1) La variabilité dans les microbes au point de vue morphologique et physiologique, par le Dr Rodet, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, in-8°, Paris, 1894.

à l'infini soit apte à produire chez les traumatiques toutes les maladies infectieuses. Chacun de s'attaquer au même sujet avec des visées propres. Les naturalistes, s'attachant aux caractères morphologiques, les caractères spécifiques cherchés par eux surtout dans les formes apparentes et l'évolution. Les médecins plutôt disposés à s'émouvoir des propriétés biologiques et des fonctions pathogènes : exaltant les attributs fonctionnels au-dessus de la forme, principe nouveau en histoire naturelle.

De ces divergences devait résulter une multiplication des espèces et de la valeur des variations. Il était difficile qu'il en fût autrement dans ce domaine des microbes, si subitement abordé, et dans tous les sens simultanément par un si grand nombre de concurrents. C'est alors que devait s'opérer un mouvement en retour contre le nombre excessif des espèces microbiennes : tout au moins était-il nécessaire d'en vérifier de plus près les droits et les titres d'existence.

Les microbes, qui, pour la plupart, appartiennent en botanique à la classe des Algues, ne sauraient être soustraits aux lois communes de la classification naturelle. Les variétés et les races nombreuses dans cette famille y engendrent donc des variations multipliées et le nombre s'en accroît de celles qui résultent du polymorphisme.

Cette variabilité dans les microbes, fait remarquer M. Rodet, vient en obstacle au principe de la définition étroite des espèces. C'est là une source de difficultés impossibles à éviter dans l'état actuel de la science bactériologique : après tout une situation provisoire et de transition où les horizons sont encore bien obscurs.

Notons cependant que dans ce champ d'investigation, la notion directrice de l'espèce est respectée par les natu-

ralistes les plus autorisés. S'il faut regretter les vacillations de Naegeli, la doctrine traditionnelle de l'espèce a pour elle Tulasne, Duchartre, Cohn, MM. Arloing, Chauveau, M. Rodet, etc. Elle demeure pour ces savants distingués, à travers les difficultés du sujet, le fil conducteur, la mesure d'ordre indispensable.

VII

Le streptocoque, ce microbe présent dans toutes les collections purulentes, devait ressentir les effets utiles de ce travail de concentration destiné à réduire le nombre des espèces. Travail fondé sur une appréciation plus judicieuse des variabilités, plus conforme aussi aux lois qui règlent en botanique et en zoologie la constitution des espèces.

Jusqu'à ces derniers temps, il était à peu près admis d'une manière générale que le genre streptocoque domine dans les maladies à suppuration. Le *streptocoque pyogène* c'était le nom de ce microbe. Il avait été reconnu dans toutes les collections purulentes comme dans l'ostéomyélite, la septicémie et la forme foudroyante de la diathèse (1), il avait été reconnu aussi que, cultivé et inoculé aux animaux, il produit indifféremment l'érysipèle, une péritonite, des adénites, la septicémie généralisée, etc.

Ce qui n'empêchait pas que dans les traités de bactériologie on ne fît mention d'un *streptococcus puerperalis*, d'un *streptococcus érysipelatis*. Nous avions encore à con-

(1) Quand la maladie durait assez longtemps pour que le microbe eut le temps de se produire. Il en est de même dans la forme foudroyante du choléra, le microbe virgule ne se produit pas si l'évolution de la maladie est trop abrégée.

naître d'un *streptococcus longus*, d'un *streptococcus brevis*, d'un *conglomeratus*.

C'étaient des états morbides bien nombreux subordonnés au genre *streptococcus*. MM. Arloing et Chantre ont reconnu que ces variations provenaient des conditions de culture, le même échantillon type pouvant donner tantôt l'une tantôt l'autre des variations précitées.

Si à cette preuve vous ajoutez les résultats de la sérothérapie obtenus sur l'érysipèle et la diathèse purulente puerpérale, la cause du streptococcus est bien près d'être gagnée.

Il s'est opéré ici un travail de sélection qui a mis hors de cause plusieurs variations du streptocoque, et en outre des *staphylocoques* longtemps concurrents des streptocoques et leurs satellites dans les milieux infectieux. On en parle moins, les voilà aussi subordonnés.

Toutes les maladies à suppuration peuvent donc, avec l'érysipèle, être considérées comme des *maladies streptococciques*.

La scarlatine doit-elle être admise dans, ce groupe. La question pour les raisons ci-dessus énoncées est encore pendante. Une objection retiendra le nosographe. La scarlatine est une fièvre continue à stades fixes, à type réglé tandis que les affections du groupe streptococcique, infectieuses ou non, sont des phlegmasies.

VIII

Un résultat important de cette marche en avant de la question des microbes, c'est leur subordination chaque jour plus évidente aux lois traditionnelles de la pathologie générale, tout d'abord par leur arrivée, semblait-il, mises à néant. Il est dès longtemps reconnu que le microbe ne

prolifère que sur un terrain propice. N'est-ce pas le retour à la doctrine de la prédisposition. C'est ici encore, sur le domaine des affections purulentes, une manifestation de l'indifférence ou plutôt de l'importance très secondaire des microbes dans la constitution des espèces morbides.

Voilà un groupe de maladies des plus considérables, toutes reliées entre elles par la présence d'un produit morbide important, la suppuration. Il y a là des phlegmasies idiopathiques, des viscères, des phlegmons, des abcès. Il y à là une maladie générale diathésique, l'infection purulente : on a vu ses formes multipliées, ses catégories de faits réparties en trois classes: faits traumatiques, fait puerpéraux, faits idiopathiques ou spontanés : classes immenses à elles seules, entreprenant sur un nombre prodigieux d'affections aiguës et chroniques. On a vu un même microbe, un streptocoque imprimant un signe unique et servant de lien nosologique à ces innombrables collections purulentes, jusqu'à leur donner un air de famille.

Quelle preuve éminente que si, à vrai dire, le streptocoque confirme la maladie en lui communiquant un nouveau signe, c'est en définitive toujours l'organisme humaine qui lui imprime son caractère inaltérable d'espèce morbide se reproduisant invariablement avec les mêmes symptômes, les mêmes formes et la même marche évolutive.

IX

La scarlatine chirurgicale et l'état purulent. — A la suite de sir J. Paget, de MM. Verneuil et Trélat, il est donc admis que le traumatisme a de l'affinité pour la scarlatine. Après le choc d'une opération où d'une blessure cette éruptive apparaît comme une complication s'intercalant pour ainsi dire dans l'évolution d'un état aigu.

Pénétrant plus avant dans ce sujet compliqué, la lecture des documents amène à reconnaître que la scarlatine intervient encore dans d'autres maladies à suppuration incombant aussi parfois au chirurgien, mais par leur marche lente pouvant être qualifiées d'états chroniques.

Ces états à marche lente sont apyrétiques. J.-P. Tessier, dans son mémoire de 1838, les décrit sous le nom *d'état purulent.* Ils sont pour lui la troisième forme de la diathèse (1).

Tessier avait conçu l'idée de cette forme aux leçons de Dupuytren son maître. Je trouve le même sentiment exprimé dans un article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* (1834), publié sous la signature du célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Dupuytren parle à un point de vue exclusivement clinique, il ne pensait point à une description d'ensemble. Les suppurations chroniques disséminées qu'il décrit restent pour le lecteur comme pour lui à l'état vague d'épiphénomène morbide ou d'affections consécutives.

Pour acquérir toute sa valeur nosographique, cet état purulent devait être subordonné à la synthèse de la diathèse. C'est ce qu'a fait Tessier. Il revêt désormais les caractères d'un état morbide entré dans une classification régulière.

Les faits que nous avons en vue, sont les suppurations disséminées par foyers sur toutes les parties du corps et de dimensions très variables. Point de fièvre ; tout au plus un léger mouvement alors qu'une collection nouvelle

---

(1) Voir nos précédents mémoires. *Les formes de la diathèse purulente*, 1863. *Documents pour l'étude de la diathèse purulente*, 1886. *La fièvre de croissance*, 1888.

s'annonce. Ces suppurations sont latentes, on ne se doute d'un abcès qu'au moment où il faut l'ouvrir. Souvent deux ou trois de ces petits abcès lèvent en une nuit comme des champignons : mode d'évolution bien différent des abcès scrofuleux avec lesquels on a voulu les confondre. La surprise est grande à la vue de ces déperditions de substance, des creusements opérés dans les membres par ces collections qui ont transformé en pus des paquets de muscles et de tissu cellulaire. Ces séries de dépôts peuvent durer des mois entiers, jamais moins de quelques semaines. Malgré tout la terminaison est habituellement favorable.

L'état purulent ne se présente d'emblée que rarement. Les sujets à l'ordinaire arrivent affaiblis par une maladie antérieure : ce qui a fait dire, et ce qui est inexact, qu'ils étaient en cachexie car d'une cachexie on ne revient guère. En d'autres termes l'état purulent n'est pas une preuve banale d'affaiblissemment pouvant indifférement s'adapter à un mal quelconque.

Il succède aux traumatismes graves; la maladie s'étant prolongée, après une opération compliquée d'hémorrhagie par exemple, après une fracture comminutive qui a exigé des extractions de séquestres. Les opérations sur la vessie, la lithotritie, la taille, les divers cathétérismes ont après eux de ces états purulents chroniques comme des formes aiguës fébriles.

Ces situations laborieuses engendrent comme une sorte de surmenage physique et moral. On croit la maladie terminée, alors commencent des séries d'abcès grands ou petits.

D'autres fois le patient a été assez heureux que d'échapper à une véritable infection purulente. La maladie en

apparence est à son terme, le mouvement fébrile a cessé ; c'est alors, et bien peu attendue, une reprise atténuée du mal, une forte rechute d'ailleurs sans gravité : elle se traduit par l'état purulent apyrétique.

Sir J. Paget a décrit dans ses leçons cliniques cet état purulent avec le sens d'un véritable praticien sous le nom de pyohémie chronique. Sa description, d'ailleurs conforme à celle de Tessier, pour arriver trente ans plus tard n'y ajoute aucun trait essentiel, mais la masse des faits qu'il a recueilli est à elle seule une confirmation, d'autant plus éclatante qu'elle est inattendue et exempte d'assentiment à la diathèse. C'est ici que l'on apprécie l'importance de la délimitation des formes et combien si Paget s'y fût astreint l'exposition du sujet eût gagné en clarté.

Eu égard à la nature de la maladie, les qualifications aiguë et chronique n'y font rien. La différence de durée n'est pas même un élément suffisant pour déterminer une forme. Il en est autrement de la tendance à la guérison ; le trait a de la valeur, pour grouper les faits et les classer. Dans les observations citées par J. Paget, l'on voit les localisations habituelles de la diathèse purulente (arthrites, phlébites, abcès de diverses grandeurs) réparties sur des intervalles de plusieurs mois, même de plusieurs années, la malade enfin arrivant à la guérison sans que le génie même de la diathèse se soit démenti un seul instant : des poussées d'érysipèle sont signalées à travers ces incidents.

Etonné de cette marche lente, J. Paget — préoccupation bien singulière de sa part — va jusqu'à se demander quel peut être dans le sang ou ailleurs le lien pathologique capable d'unir des affections aussi diverses et pendant des périodes aussi longues. L'analogie le fait penser à la

syphilis secondaire et à ses sorties par explosion. Mais n'est-ce pas aspirer à saisir cet inconnaissable qui se nomme la nature de la maladie; quelques-uns réduiraient volontiers cette question à une analyse chimique, mais la synthèse n'est pas aisée à formuler.

La diathèse purulente spontanée affecte, à l'égal des formes communes et foudroyantes, l'état purulent apyrétique : c'est même pour avoir méconnu cette dernière forme qu'il est resté tant de points indéterminés, jusqu'à ce jour soustraits à la classification dans les affections purulentes. Ne voit-on pas souvent des ostéomyélites débuter à l'état aigu le plus violent, puis tourner à la chronicité se compliquant d'abcès multiples à la périphérie du membres compromis, abcès où s'intercalent des phlébites sans gravité et des érysipèles. On sait la longue durée de ces affections des os qui réalisent les phases successives de l'ostéite et de la nécrose.

Nous en avons présenté plusieurs observations dans notre mémoire sur la fièvre de croissance (1888). Elles trouvent la plus ample confirmation du concours de celles de sir J. Paget. Nos conclusions sont les mêmes eu égard au pronostic favorable.

Rien de plus connu et depuis plus longtemps que les collections purulentes apyrétiques se produisant à la suite de l'érysipèle, qu'il soit idiopathique ou traumatique, ambulant ou serpigineux. Rien ne peut conjurer ces séries si ce n'est une nouvelle poussée d'érysipèle venant en couper l'uniformité.

De même pour les abcès se succédant au déclin des fièvres continues, de la typhoïde et des éruptives. Dans la variole on les a vus conclure à une pyohémie mortelle, ceux de la rougeole sont plus inoffensifs. Après une scar-

latine survenant en surcroît de l'albuminurie, ils ne le sont pas autant.

Qui n'a vu des abcès interminables se montrer chez les nourrices à la suite d'un allaitement trop prolongé ou subitement interrompu. Ici c'est un surmenage physique et moral qu'il faut invoquer.

Voilà bien des types de l'état purulent.

Les piqûres anatomiques se réclament aussi de la diathèse purulente avec ce trait particulier qu'elles peuvent en engendrer toutes les formes : c'est-à-dire que si rien n'est plus certain que les qualités irritantes des liquides cadavériques, rien aussi de plus aléatoire, de plus capricieux que leur action sur les individus qui s'y exposent. Ici encore le surmenage intervient avec prépondérance comme cause prédisposante, de même que pour certaines éruptions de furoncles. Il semble que l'habitude de séjourner autour des cadavres procure une sorte d'immunité et que cette immunité soit susceptible d'être perdue si les sujets après un long intervalle se trouvent derechef en contact avec des liquides cadavériques.

M. J. Paget a pu faire ces observations sur lui-même. Déjà fort avancé dans sa carrière, depuis longtemps ne faisant plus d'autopsies et sous l'influence de fatigues extrêmes, ayant dû procéder à celle d'une infection purulente, il contracta la maladie. Elle débuta par les ganglions axillaires ; arrivèrent deux phlegmons diffus, puis un érysipèle couvrant tout le tronc. Entre temps, deux congestions pulmonaires que le malade qualifie de pneumonies. La guérison ne fut obtenue qu'au bout de trois mois. Les intervalles apyrétiques entre les localisations étaient si complets qu'à chaque reprise la guérison semblait effectuée.

L'analyse bactériologique des liquides n'a pas été faite mais il y a tout lieu de croire que le pus de ces phlegmons ne renfermait que les streptocoques ordinaires de toutes les suppurations.

On a qualifié du nom de virus l'agent toxique provenant des liquides cadavériques. C'est parler par analogie, car peut-on comparer la réceptivité immédiate pour ainsi dire nécessaire du virus vaccin et du virus syphilitique avec celle des liquides cadavériques assurément bien plus subordonnée à la prédisposition de l'individu.

Les colonies de microbes qui hantent le cadavre sont en nombre infini. On sait à quel degré la prolifération de ces êtres inférieurs y est active à partir du moment où la vie s'est retirée de la forme vitale de l'être humain. En telles conjonctures, les liquides cadavériques deviennent un milieu méphitique par excellence : ils agissent à l'égal et dans le même sens que les milieux atmosphériques viciés. Les antiseptiques sont assurément bien puissants pour lutter contre la prédisposition, mais ils ne peuvent pas l'anéantir.

Eu égard à la thérapeutique l'expérience atteste que l'action du temps, favorisée par les moyens hygiéniques, seule est à opposer aux divers états purulents. Assurément, les précautions antiseptiques ne doivent pas être négligées contre les invasions d'abcès, surtout au moment de leur ouverture, mais il n'apparaît guère que ces agents aient une influence quelconque sur la durée de la maladie, qu'ils aient la faculté de l'enrayer. A peine est-il besoin de dire que la banalité des remèdes toniques, analeptiques ou reconstituants y est sans action. Un bon régime et le changement d'air, voilà les conditions favorables dont il faut entourer ces malades. Cette résistance

à elle seule n'est-elle pas pour attester le génie propre de la diathèse purulente.

Conclusion. — En temps d'épidémie de scarlatine, le fait d'avoir subi le choc d'une opération chirurgicale ou d'une blessure grave, prédispose à contracter cette fièvre éruptive.

La scarlatine survenant en telles circonstances, ne revêt aucun caractère particulier ni dans ses formes, ni dans son évolution.

Vous ne verrez pas se produire un état pathologique hybride, combinaison de la scarlatine et de phénomènes, provenant de l'état traumatique, que l'on devrait désigner sous le nom de scarlatine chirurgicale.

L'état traumatique, comme l'état puerpéral, prédispose aux éruptions cutanées. Des rashs, éruptions prémonitoires, peuvent alors précéder la venue des maladies les plus graves comme celle des plus légères. En présence de ces rashs peuvent s'élever quelques difficultés touchant le diagnostic.

Autour d'un opéré deux maladies sont avant tout à redouter : l'érysipèle et la diathèse purulente. Ici l'apparition des rashs doit être promptement subordonnée aux symptômes généraux. Des rashs persistants seraient plutôt des avant-coureurs de l'érysipèle.

La diathèse purulente et l'érysipèle sont deux maladies qui existent à l'état spontané, sans intervention du traumatisme et de la puerpéralité. Les rashs prémonitoires ont alors pour le diagnostic un peu plus d'importance.

Les rapports étroits qui unissent l'érysipèle et l'infection purulente sont confirmés par la bactériologie. Un même microbe, le *streptococcus*, est présent dans les deux maladies, comme aussi dans toutes les suppurations,

qu'elles soient d'origine diathésique ou idiopathique. Ces rapports sont confirmés aussi par des expériences faites pour immuniser l'homme contre l'érysipèle par l'inoculation du streptocoque atténué de la sérothérapie.

Des recherches bactériologiques ont été faites (d'Espine), dans le but de savoir si, comme l'érysipèle, la scarlatine doit être subordonnée au *streptococcus* et appartenir à la famille streptoccique. Un streptocoque a effectivement été trouvé dans le sang d'un scarlatineux (chirurgical) mais la preuve de l'inoculation à l'homme n'a pas encore été faite. Ce streptocoque révélé chez des scarlatineux implique tout au moins la coïncidence auprès de la scarlatine, de complications purulentes analogues à celles qui ont été constatées dans la diphtérie.

Ce chapitre de l'histoire du streptocoque autorise les opinions de plus en plus répandues sur *la variabilité chez les microbes*, dont, pour divers ordres de motifs, on aurait trop multiplié les espèces.

Les réductions opérées dans le genre streptococcus sont un exemple remarquable de ce mouvement scientifique.

De ce progrès dans l'étude des microbes résulte un retour marqué vers la doctrine traditionnelle de la prédisposition. C'est comme l'on dit aujourd'hui la question du terrain : il faut qu'il soit propice pour qu'un microbe s'y introduise et s'y multiplie.

L'état purulent est une forme très nette, mais jusqu'ici trop mise à l'écart de la diathèse purulente : forme apyrétique à marche lente, susceptible de temps d'arrêts prolongés.

L'étude de l'état purulent apyrétique est indispensable pour apprécier dans son ensemble ce vaste sujet de la diathèse purulente. Dr Edouard Dufresne.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

CORPS THYROÏDE ET MALADIE DE BASEDOW

Nous avons ébauché, dans les précédents numéros de l'*Art Médical*, la pathogénésie de la *thyroïdine* ; le congrès des médecins aliénistes et neurologistes (1) avait mis à l'ordre du jour de ses discussions le corps thyroïde et la maladie de Basedow et chargé notre ancien collègue Brissaud de faire un rapport sur cette question ; il est tout naturel que nous résumions son rapport et cette discussion, qui nous donnera des renseignements nouveaux sur la maladie de Basedow et sur son traitement thyroïdien ; nous y trouverons une nouvelle application de la loi de similitude.

M. Brissaud commence par passer en revue les théories pathogéniques du goitre exophtalmique.

Pour Trousseau et Charcot, la maladie de Basedow était une *névrose du cœur*, à localisation sympathique initiale : les troubles cardiaques paraissaient les premiers en date, or les orifices du cœur étaient sains aux autopsies et l'hypertrophie du cœur paraissait fonctionnelle.

Pour Piorry, tous ces symptômes étaient causés par la compression que le corps thyroïde hypertrophié exerçait sur les vaisseaux et les nerfs du cou ; première *théorie thyroïdienne*.

(1) Tenu à Bordeaux (séance du 2 août 1895).

Pour la majorité des auteurs les plus récents, la plupart des phénomènes observés paraissaient sous la dépendance d'une lésion des centres nerveux : *théorie bulbaire.*

Plus récemment encore, sous l'influence d'une petite publication de Möbius, la *théorie thyroïdienne* reparaît ; le goitre serait la cause indispensable de la maladie, car elle serait causée par une substance toxique sécrétée par le corps thyroïde et agissant sur les centres nerveux.

M. Brissaud se trouvant en présence de ces deux théories, l'une bulbaire, l'autre thyroïdienne, trouve qu'on peut facilement les concilier : la sécrétion thyroïdienne viciée réagit sur la région bulbo-protubérantielle ; mais c'est l'altération de ce centre nerveux qui produit les symptômes de la maladie de Basedow. Il va plus loin, la maladie de Basedow ne doit pas, à l'heure actuelle, être considérée comme une maladie essentielle mais comme un simple syndrome ; ce syndrome est sous la dépendance de la région bulbo-protubérantielle et peut être causé par l'intoxication thyroïdienne ou autrement.

M. Brissaud reste, en somme, opposé à la théorie thyroïdienne, à laquelle il oppose un certain nombre d'arguments ; l'hypertrophie de la glande est variable et non proportionnelle à l'intensité des symptômes. Il dit plus loin que « les accidents qui résultent chez l'homme d'une médication thyroïdienne intempestive ou excessive n'ont aucun rapport, en quoi que ce soit, avec la maladie de Basedow ». Il nous paraît véritablement invraisemblable qu'un clinicien aussi sérieux eût pu écrire cette phrase, et nous penserions à une erreur du compte rendu de la *Semaine médicale*, à qui nous l'empruntons ; il n'y a qu'à se reporter à une observation de Beclère lue à la Société des hôpitaux et dont nous avons reproduit les principaux

passages dans un de nos articles précédents, pour voir se développer, sous l'influence du traitement thyroïdien, non seulement la tachycardie, mais même l'exophtalmie.

M. RENAUT (de Lyon), après avoir établi avec soin les lésions histologiques du corps thyroïde dans le goître exophthalmique, et en acceptant la théorie thyroïdienne de cette maladie, nous paraît expliquer la pathogénie à l'inverse de M. Brissaud puisqu'il dit : « Un *primum movens* à déterminer — il pourrait être microbien, résulter d'une auto-intoxication, d'une extension de lésions neuraxiales préalables, ou se réduire à une action de choc, — met la glande thyroïde en hyperactivité par l'intermédiaire du système nerveux. » Ainsi, pour lui, la lésion est due à l'hyperthyroïdisation, excitée par le système nerveux.

M. GLEY (de Paris) expose les expériences qu'il a faites sur le corps thyroïde depuis 1884. L'extirpation de la glande chez les animaux a toujours déterminé des accidents toxiques mortels ; les urines et le sérum des animaux thyroïdectomisés étaient toxiques, ce qui montre que la glande thyroïde a une fonction antitoxique. En outre, il a reconnu que des injections de liquide thyroïdien chez les animaux thyroïdectomisés atténuaient les accidents produits.

Examinant les diverses théories de la maladie de Basedow, il trouve difficile d'admettre l'hyperthyroïdisation, puisque, dit-il, les symptômes de la maladie n'ont pu être produits expérimentalement par les injections de liquide thyroïdien ; les observations, en particulier celle de Beclère, et les expériences de Ballet et Enriquez, que nous allons citer ensuite, répondent à cette objection ; M. Gley pense que l'on pourrait aussi bien admettre la théorie inverse, puisque chez les chiens thyroïdectomisés

il a observé des tremblements, des contractures et des convulsions, des paralysies, des troubles respiratoires, digestifs et oculaires, rappelant les signes accessoires du goitre exophthalmique; l'exophtalmie et la tachycardie s'expliqueraient très bien par le goitre.

MM. Ballet et Enriquez, s'attachant principalement aux faits expérimentaux, quoiqu'ils penchent pour la théorie de l'hyperthyroïdisation, rapportent les expériences qu'ils ont faites sur les animaux et que nous allons relater assez en détails, car elles doivent faire partie de la pathogénésie de la thyroïdine.

Ils rappellent d'abord ce que MM. Brissaud et Gley avaient méconnu, que le traitement thyroïdien intensif produit dans quelques cas, chez l'homme, « des symptômes analogues à ceux de la maladie de Basedow : tachycardie, tremblement, éclat du regard, exophthalmie, etc. ».

Leurs expériences ont été faites chez les chiens, au moyen de la greffe, de l'ingestion du corps thyroïde et des injections de liquide thyroïdien. Il est à remarquer que les accidents ont surtout été marqués chez les chiens jeunes ; en outre l'intoxication a été plus intense par le procédé des injections sous cutanées.

La *greffe* n'a été pratiquée que deux fois et dans les deux cas les animaux se sont remis en quelques jours ; il faut signaler cependant chez l'un des deux un *amaigrissement* considérable avec *polyurie* et *albuminurie*.

L'*ingestion* a été pratiquée sur 6 chiens, et, quoique l'un de ces animaux ait absorbé 800 lobes en quarante jours, aucun de ces chiens n'est mort ; ce qui paraîtrait démontrer que les chiens supportent mieux que l'homme ce mode d'administration.

« Deux chiens ont avalé chacun une ration quotidienne

de 10 à 20 lobes et quelquefois même davantage, et cela d'une façon continue pendant deux mois environ, sans présenter d'autres symptômes qu'une *diarrhée* persistante, quelquefois *sanglante*, ayant apparu dès les premiers jours de l'expérimentation, et plus tard un *amaigrissement* progressif.

« Dans trois autres cas, bien que les doses ingérées fussent moins élevées (elles ont varié entre 4 et 12 lobes par jour), nous avons pu observer un certain nombre de symptômes qu'on peut diviser en *symptômes immédiats* et *symptômes tardifs*. Les symptômes immédiats, qu'il est déjà possible de constater une demi-heure, une heure ou deux heures après l'ingestion, ont consisté tout d'abord en une élévation de la température, accompagnée de pulsations cardiaques. L'*hyperthermie*, constante il est vrai, est restée toujours peu élevée : elle a oscillé entre quelques dizièmes de degré et un degré tout au plus. Par contre, l'augmentation du nombre des pulsations, la *tachycardie*, a varié dans des limites beaucoup plus étendues ; c'était, en général, dans les premiers jours de l'expérimentation qu'elle atteignait les chiffres les plus élevés.

« En dehors de ces deux symptômes, fièvre et tachycardie, l'ingestion des corps thyroïdes a provoqué chez ces trois chiens une période d'excitation très manifeste. A ce moment, l'œil présentait un éclat particulier, qui modifiait le regard de l'animal : c'est là un fait que nous avons constaté à maintes reprises. Quelquefois aussi, mais d'une façon très inconstante, nos animaux étaient sujets, pendant cette période, à des crises de *tremblement* et de *dyspnée* qui duraient environ deux heures, et qui disparaissaient totalement ensuite. Voilà pour les symptômes immédiats.

« Les symptômes tardifs ont consisté en une *conjonctivite*, qui n'a jamais manqué chez aucun de nos chiens hyperthyroïdisés par quelque procédé que ce soit, en de l'*amaigrissement* en général très rapide et en troubles digestifs divers : *perte de l'appétit*, *soif* exagérée, *vomissements*, *selles diarrhéiques* et *sanglantes*. Le symptôme le plus fréquemment signalé était la diarrhée contenant un peu de sang.

« Un de nos animaux, soumis à l'ingestion de doses relativement faibles au début (1 à 6 lobes par jour) a présenté, au maximum, tous les symptômes que nous venons d'énumérer. Dès le troisième jour de l'expérience, la période d'excitation était chez lui beaucoup plus accentuée ; deux heures après l'ingestion, il ne pouvait rester en place, devenait très *méchant*, poussait des aboiements continuels, mordait avec acharnement les barreaux de sa cage. Cette modification dans le caractère du chien a forcé le garçon qui l'observait à réclamer une muselière « sans laquelle, disait-il, il ne pourrait arriver à prendre la température ». Cette excitation disparaissait entièrement au bout de quelques heures, et, le lendemain matin, l'animal, au contraire, abattu, fatigué, se laissait approcher très facilement.

« Au cinquième jour de l'expérience, on commence à remarquer, pendant la période d'excitation qui suit l'ingestion d'une nouvelle ration, un certain éclat du regard qui va s'accentuant les jours suivants.

« Le surlendemain, voici ce que nous trouvons consigné sur l'observation : « Le garçon prétend que depuis avant-hier, quelques heures après l'ingestion, il remarque que les yeux sont plus saillants, le regard est flamboyant et fixe. Cet état dure jusqu'au lendemain matin : à ce mo-

ment-là, les yeux sont plus rentrés. » Depuis, notre attention a été appelée plus spécialement sur cette *exophtalmie* qui, dans ce cas particulier, était indéniable.

« Tels sont, rapidement énoncés, les symptômes que nous avons observés à la suite de l'ingestion, symptômes qui se rapprochent, on le voit, de ceux qui constituent le tableau clinique de la maladie de Basedow. Nous devons ajouter cependant que dans aucune de nos expériences par ingestion nous n'avons remarqué une modification quelconque du volume du corps thyroïde. Il en a été autrement, nous le verrons, à la suite des injections.

« Si deux de nos chiens n'ont pas présenté de symptômes à la suite de l'ingestion, nous croyons devoir rappeler que dans ces deux cas la diarrhée s'est installée immédiatement après l'ingestion. Ne pourrait-on pas rapporter à cette intolérance intestinale initiale l'immunité relative qu'ils ont présentée ?

« L'hyperthyroïdisation par les injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien a été pratiquée sur 12 chiens. Elle a déterminé dans presque tous les cas un tableau symptomatique analogue à celui qu'on avait obtenu par l'ingestion. Mais, en dehors des signes communs, il existe cependant entre ces deux modes d'intoxication certaines différences que nous devons signaler.

« D'une façon générale, l'hyperthyroïdisation par injection agit à la fois d'une façon plus constante, plus intense et plus rapide. Chez 5 chiens sur 12, elle a déterminé la mort (dans un cas six jours après le début de l'expérience), alors que l'ingestion poussée à des doses énormes et continuées longtemps n'est pas arrivée à produire le même résultat dans aucune de nos expériences.

« La dose d'extrait thyroïdien injectée semble avoir

moins d'influence sur la gravité des accidents que l'âge de l'animal en expérience. Des doses relativement faibles, 3 à 4 c.c., ont parfois provoqué rapidement chez nos animaux jeunes des accidents beaucoup plus graves que des doses quotidiennes énormes, 20 c.c. et même davantage, répétées pendant longtemps chez des chiens plus âgés.

« Quand on poursuit l'intoxication par les injections, l'amaigrissement s'accentue, des crises de diarrhée et de malaise surviennent tardivement et se répètent jusqu'à la mort. Il y a certainement de la *polyurie* et, à plusieurs reprises, l'urine contenait de l'*albumine*. En dernier lieu, l'*abattement* survient, l'agitation fait place à la *torpeur* ; les animaux, très fatigués, se déplacent difficilement ; quelques-uns semblent même atteints d'une véritable *paralysie du train postérieur*, ils ne peuvent plus se tenir sur leurs pattes et ils succombent dans le *collapsus*. Tel est le tableau général.

« Il y a plus encore : tandis que l'ingestion n'a provoqué chez aucun de nos chiens une modification quelconque appréciable du côté des lobes thyroïdes, les injections, au contraire, pratiquées toujours à distance, sous la paroi abdominale en général, nous ont permis de constater trois fois pendant la vie, sur la plupart des sujets après la mort, des altérations importantes.

« Ne pouvant rapporter ici en détail nos observations, que nous nous réservons de publier plus tard, nous renvoyons cependant à cet égard à la communication que nous avons faite à la Société médicale des hôpitaux, au mois de novembre dernier. A cette séance nous avons montré un chien qui, à la suite d'injections répétées d'extrait thyroïdien, présentait à la région cervicale une tumeur du volume d'une mandarine, que nous croyions

être un véritable goitre expérimental. La répétition de la même expérience sur deux autres chiens et surtout la constatation de lésions histologiques importantes sont venues confirmer notre première interprétation.

« Les lésions histologiques que nous avons notées dans ces cas sont de deux ordres. D'une part, sur 5 chiens morts à la suite de l'hyperthyroïdisation par injection et dont les lobes thyroïdes ont été traités par le liquide osmio-picro-argentique de Renaut, quatre fois les coupes, que nous vous présentons, reproduisent d'une façon manifeste cette lésion que M. Renaut considère comme habituelle dans la maladie de Basedow, à savoir l'oblitération des voies lymphatiques intralobulaires, alors qu'au contraire les voies lymphatiques périlobulaires sont développées au maximum. »

MM. Ballet et Enriquez concluent que leurs expériences sont en faveur de l'hyperthyroïdisation comme amenant le goitre exophthalmique. Ils disent très sagement, en rappelant Claude Bernard, que « le rôle de l'expérimentateur se borne à produire un trouble et non pas à déterminer une maladie », que leurs expérimentations n'ont pas déterminé une maladie de Basedow véritable, mais « un certain nombre de symptômes de la maladie de Basedow ». Cela suffit parfaitement pour que nous puissions affirmer que traiter la maladie de Basedow par le traitement thyroïdien, quel que soit le mode d'administration, c'est faire de l'homœopathie, puisque c'est administrer un traitement suivant l'adage *similia similibus curantur*.

Il n'est donc pas étonnant que M. Brissaud, se plaçant au point de vue de la thérapeutique officielle, ait pu dire : « S'il est un traitement illogique de la maladie de Base-

dow, c'est bien à coup sûr celui qui consiste dans l'ingestion de lobes thyroïdiens! Et, cependant, ce traitement a été préconisé et, qui plus est, il semble avoir donné quelques bons résultats! » (Jules Voisin, Bruns, Reinhold, Beclère, Bogrof.)

Du reste, au même congrès, M. Jules Voisin, rappelant sa communication à la Société médicale des hôpitaux, communication que nous avons relatée antérieurement, dit que depuis lors il a obtenu d'excellents résultats chez deux malades atteints de goitre exopthalmique. Sous l'influence du traitement thyroïdien, les symptômes généraux (irascibilité, émotion, tremblement, insomnie) s'améliorent les premiers; la tachycardie ensuite, puis l'exophtalmie et enfin le goitre, ce qui, à notre avis, semblerait démontrer que la compression produite par le goitre n'est pas la cause de la tachycardie et de l'exophthalmie.

Mentionnons, en terminant, un autre traitement recommandé par MM. Ballet et Enriquez.

« S'il est vrai que chez l'homme les symptômes observés dans la maladie de Basedow relèvent également de l'hyperthyroïdisation, nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas là l'indication d'un traitement particulier. A l'état normal, — et c'est là l'hypothèse la plus vraisemblable qui semble découler de nos nombreuses expériences, — il se formerait dans l'organisme une substance toxique que neutraliserait la sécrétion thyroïdienne normale. L'extirpation ou la destruction du corps thyroïde permet l'accumulation dans l'organisme de cette substance toxique non neutralisée : c'est la condition pathogénique du myxœdème. Dans le cas d'hyperthyroïdisation, il y a au contraire excès de sécrétion thyroïdienne neutralisante,

sans qu'il y ait suffisamment de substance toxique à neutraliser. Dans ces conditions, ne pourrait-on pas essayer de diminuer les effets de l'hyperthyroïdisation par l'injection d'une certaine quantité de substance toxique à neutraliser ? C'est ce que nous avons essayé de réaliser en injectant du sérum de chiens éthyroïdés à un certain nombre de malades basedowiens. C'est là, nous le répétons, une idée théorique dont la démonstration nécessite des recherches longtemps poursuivies. Nous pouvons cependant dire, d'ores et déjà, que les résultats obtenus dans 9 cas (amélioration de l'état général, atténuation du tremblement, rétrocession de l'exopthalmie et même, dans quelques-uns, diminution notable de la tumeur thyroïdienne) nous autorisent à poursuivre ces recherches. »

Nous nous en tiendrons là pour aujourd'hui, sans discuter le mode d'action de ce traitement et sans émettre une nouvelle hypothèse pour l'expliquer, nous bornant à dire que ceux qui traitent la maladie de Basedow par le traitement thyroïdien sont des homœopathes inconscients.

Dr Marc Jousset.

ÉTUDES DE MATIÈRE MÉDICALE

PAR LE Dr DYCE BROWN
Médecin consultant à l'hôpital homœopathique de Londres.

RANUNCULUS BULBOSUS

Famille des Renonculacées. Préparation : extrait de toute la plante.

On trouvera dans l'*Encyclopédie de matière médicale* d'Allen les noms des expérimentateurs, ainsi que les doses administrées, lesquelles contenaient toutes les quantités notables de l'extrait. On a expérimenté et utilisé deux autres variétés de la même espèce, R. acris et R. sceleratus ; mais comme leurs résultats sont, pour tous les buts pratiques, identiques à ceux que donne R. bulbosus, et que l'ensemble de ceux de ce dernier est le plus complet, parce que c'est celui qu'on a le plus employé en médecine, je considère qu'il est inutile de faire une étude séparée de R. acris et de R. sceleratus.

Ranunculus est un de nos médicaments les plus intéressants, non pas à cause d'une action étendue sur beaucoup d'organes du corps, mais par la belle délimitation de sa sphère d'action, qui, dans ce cercle restreint, est très marquée et très arrêtée. Il agit de préférence sur les muscles et les nerfs moteurs de tout le corps et sur la peau.

I. *Son action musculaire ou musculo-nerveuse.* — Elle est du type rhumatismal ou névralgico-rhumatismal, sur les muscles de la nuque, du dos, des parois thoraciques, de l'abdomen (internes et externes, et par ce mot de in-

ternes, j'entends le diaphragme et les revêtements musculaires de l'estomac et de l'intestin), des bras, des cuisses et des jambes. Les malaises que l'on ressent dans ces muscles sont tourmentants, douloureux, sourds, vifs, aigus, comme s'ils provenaient d'une ulcération sous-cutanée. Ils entravent la respiration, gênent les mouvements et la marche, et cela matin et soir. Ils correspondent exactement aux douleurs connues comme venant de la pleurodynie, du rhumatisme musculaire, du rhumatisme névralgique, du lumbago, etc. Les souffrances imputables au diaphragme et aux revêtements musculaires de l'estomac et des intestins, causent une sensation comme celle de la colique, avec de la douleur, de la sensibilité à la pression, et un grand malaise. Et, je dois encore le noter ici, on a souvent remarqué que les parties des parois thoraciques et abdominales atteintes par la maladie sont sensibles au toucher. Thérapeutiquement, le médicament est indiqué quand les états correspondants se trouvent dans une maladie. Il y a aussi dans les articulations tarsiennes et dans les talons, des douleurs d'un type névralgico-rhumatismal, aggravées par la marche.

II. *Son action sur la peau.* — Sous ce titre, je comprendrai aussi une action certaine, quoique moins marquée sur l'analogue de la peau, c'est-à-dire la membrane muqueuse (lorsque, par exemple, la conjonctive est rouge ou cuisante) et sur les muqueuses de la bouche, du nez, de la gorge, du vagin, symptômes qui sont mentionnés ci-après. Sur la peau proprement dite, l'action irritante est d'abord locale, c'est-à-dire qu'elle est produite par le contact réel du jus de la plante, mais elle ne s'en tient pas là, car l'irritation s'étend à des parties qui n'ont pas

été touchées, et, longtemps après que l'action primitive a paru se calmer, elle se déclare de nouveau d'une manière particulière et unique. Elle présente tous les degrés de l'action inflammatoire, depuis la rougeur accompagnée de démangeaison, jusqu'aux boutons, aux ulcérations, et même le dépouillement. Des éruptions vésiculeuses ou pustuleuses apparaissent, souvent par plaques, avec de la douleur et une intolérable démangeaison. Le cuir chevelu cuit. Des éruptions ou des états inflammatoires semblables sont une indication, comme nous le verrons dans la suite, pour les érysipèles vésiculeux, l'herpès zoster, les éruptions vésiculeuses et pustuleuses variées, et l'urticaire. Des actions plus secondaires, comme des maux de tête, sont relatées dans l'expérience. Avec cet aperçu général de l'action de ranunculus, je procède, pour analyser les résultats de l'expérimentation, en suivant, comme dans un travail antérieur (Hospital Reports, 1891), le « schéma » qui se trouve dans l'*Encyclopédie de matière médicale* d'Allen.

Esprit. — La condition la plus remarquable de l'esprit est un état d'irritabilité, de mauvaise humeur, avec un certain affaiblissement du pouvoir mental, causant la difficulté de l'attention. Le premier de ces états se trouve souvent en connexion avec les souffrances rhumatismales, et on doit probablement le regarder.

Tête. — Ranunculus cause une augmentation considérable du mal de tête, avec un point typique et très accentué au-dessus de l'œil droit, s'aggravant lorsqu'on est couché, se relâchant dans la marche avec du vertige et une sensation marquée de distension de la tête. Des douleurs se produisent aussi dans le front et les prunelles,

diminuant après qu'on s'est levé le matin. Le cuir chevelu est atteint aussi par une sensation de quelque chose qui rampe ou se faufile, et par un picotement brûlant, avec sensation de plénitude de sang. Cette forme de mal de tête est commune dans les états rhumatismaux. La sensation de glissement dans les cheveux est particulière et « *per se* ».

Yeux. — Les yeux présentent une très distincte irritation de la conjonctive, avec cuisson semblable à celle que produit la fumée ou la présence d'un cheveu, injection de la conjonctive, et douleur brûlante de la paupière inférieure.

On trouve aussi une vive douleur de la prunelle. Ces effets d'irritation conjonctivale sont établis par des expérimentateurs, comme étant le résultat de l'action de la vapeur qui vient du jus dans la préparation du médicament, mais pour l'un d'eux, au moins, ils viendraient de l'action interne du médicament, et sembleraient être du type rhumatismal, cela en harmonie avec l'action générale de ce remède.

Nez. — Ici l'irritation produisait une abondante décharge de mucus, et une douleur à l'intérieur du nez. Celle-ci était considéré comme venant, et vient très probablement, de l'action irritante locale de la vapeur du liquide, en le préparant. Elle n'a donc pas grande valeur comme indication thérapeutique.

Bouche. — Les seuls symptômes notés ici sont une altération du goût, une accumulation de salive, avec goût de cuivre et sensation de grattement et de brûlure dans le palais.

Gorge. — Ici il y a irritation marquée, accumulation

de mucus tenace, avec sensation de grattement et de brûlure, et un sentiment de spasme dans le pharynx et l'œsophage. Cet état est en harmonie avec l'irritation de la conjonctive et de la bouche.

ESTOMAC. — Ici le seul symptôme caractéristique est une sensation de brûlure dans la région de l'orifice cardiaque, trouvée chez quatre personnes qui avaient mangé un bouillon de poulet dans lequel avait bouilli la racine de ranunculus, et d'oppression dans le creux de l'estomac avec douleur au toucher. Ceci est probablement myalgique, et indiquerait ranunculus dans la gastralgie, comme bryonia, actœa et arnica, et cela d'accord avec son action myalgique marquée ailleurs. On a quelquefois des nausées, avec sensation de manque de respiration.

ABDOMEN. — Les douleurs dans cette région sont très prononcées et me semblent avoir un caractère bien musculaire. Celle que l'on décrit sous le nom de coliques ne viennent évidemment pas de l'irritation de la muqueuse, mais du revêtement musculaire des intestins. Cela s'harmonise avec toute l'action de ranunculus, et forme une des plus intéressantes et des plus importantes sphères de son action. Ainsi : « Douleurs dans les deux hypochondres, accompagnées de susceptibilité au toucher dans ces régions. Le soir, les deux hypochondres et les dernières côtes, dans la poitrine, sont douloureux, comme à la suite de contusion. Dans la station debout, le malade sent une oppression dans le côté droit de l'abdomen, dans la région des dernières vraies côtes, avec sensation de piqûre et de pesanteur à l'épaule droite, lorsqu'il marche après avoir été assis. Violente douleur et piqûres dans le côté droit de l'abdomen. Piqûres dans le côté gauche de

l'abdomen pendant la marche. Immédiatement après le dîner, le malade sent de vives piqûres dans la région lombaire gauche, transversalement à travers l'abdomen, spécialement au-dessous de l'ombilic, et dans l'aine droite ».

De semblables douleurs sont ressenties dans l'hypogastre. « Quand il s'étend, le malade sent une douleur depuis les épines iliaques droites. En marchant, de violentes douleurs dans l'aine, vers l'épine iliaque antéro supérieure. » Ces douleurs sont manifestement myalgiques, et désignent ranunculus comme un des remèdes principaux dans les douleurs musculaires des parois abdominales et du diaphragme. Ces souffrances ont généralement en elles un élément nerveux marqué, et telles sont partout celles que détermine ranunculus. La description des douleurs de coliques montre aussi clairement, à mon idée, que ce n'est pas vraiment de la colique, mais de la douleur musculaire. Ainsi : « Violente colique, tiraillant et pinçant au-dessous et dans les environs de l'ombilic, le soir, en se couchant ou en remuant. Violents pincements dans la région ombilicale, en marchant, il semble au patient que ses intestins vont tomber ; le pincement s'étend au côté droit et au côté gauche de l'abdomen, sous forme de tiraillements douloureux, et il atteint même le creux de l'estomac. » On se plaint de bruit et de roulement dans les intestins. « En marchant, il sent constamment une colique sourde dans toute l'étendue des intestins; il y a de la douleur à la pression sur les téguments de l'abdomen. Des coliques et des pincements, tantôt sourds, tantôt aigus, avec douleur de brûlure au-dessous de l'ombilic, accompagnée quelquefois de pigments dans le côté de l'abdomen ; en même temps les intestins sont douloureux, quand on presse avec

la main sur l'abdomen, comme s'il y avait une ulcération sous-cutanée. Tout le jour il ressent des pincements sourds de colique, alternant quelquefois avec des douleurs dans la poitrine. Sensibilité des intestins dans la marche, et souffrance sourde. Quand on appuie l'abdomen contre l'angle aigu d'une table, on éprouve dans les intestins une douleur, semblable à celle que produirait une ulcération sous-cutanée, suivie d'un pincement de colique au-dessous de l'ombilic. » J'ai donné ces observations bien en détail parce qu'elles soutiennent mon idée du caractère myalgique de ces douleurs, mieux que ne le ferait le simple exposé d'une opinion. Elles préconisent hautement ranunculus, comme l'un des remèdes myalgiques les moins à dédaigner.

Rectum, anus, selles. — Rien d'important.

Organes génitaux (*femmes*). « Augmente la leucorrhée : d'abord douce, elle devient âcre et corrosive. » C'est en parfaite harmonie avec l'irritation de la muqueuse que nous avons trouvée dans les yeux, le nez, la gorge et la bouche.

Organes respiratoires. — Rien d'important.

Poitrine. — Ici nous trouvons les mêmes intéressantes affections myalgiques que dans l'abdomen. De fait, leur variété dans la partie musculaire de la paroi thoracique est presque unique. Et ces symptômes se rencontrent si uniformément et avec tant de persistance qu'ils occupent deux pages entières de l'*Encyclopédie de Matière Médicale* d'Allen. Les citer entièrement serait une constante répétition de la même chose. Ces douleurs se ressentent dans toutes les parties de la paroi thoracique, en avant, sur les côtés et dans le dos. Elles sont constamment d'un caractère sourd, douloureux, ou continu, ou aigu, durent

longtemps, causant de la difficulté pour respirer, et une sensation d'étau. Elles sont aggravées par le mouvement du corps, par une inspiration profonde, par la marche; fréquemment elles sont situées de façon à empêcher le décubitus sur l'un ou l'autre côté. Cette affection a été comparée plusieurs fois (de même que dans l'abdomen) à celle que produirait une ulcération sous-cutanée. Les endroits douloureux sont souvent sensibles au toucher et même le contact des vêtements est pénible. Ces douleurs se déplacent quelquefois d'une partie à l'autre et alternent avec celles de l'abdomen, ou avec des douleurs dans l'épaule. Ces expériences sur le pouvoir de ranunculus de causer des souffrances musculo-névralgiques dans les parois thoraciques sont amplement vérifiées par les résultats qu'obtiennent les homœopathes dans la pratique. C'est un des principaux remèdes pour cet état, et ma propre expérience me conduit à avoir en lui la plus grande confiance. J'ai vu des cas qui avaient résisté à bryonia, arnica, actœa et rhus, céder rapidement devant ranunculus. Il n'est peut-être pas d'un usage aussi général qu'il pourrait l'être, et je suis sûr que son emploi sera suivi, dans les cas appropriés, des meilleurs résultats, prouvant bien la vérité de la loi homœopathique des semblables. — Les mêmes souffrances musculaires se produisent dans la région du cou, et dans tous les muscles du dos jusqu'à la région lombaire. Elles ont le même caractère que dans la poitrine, souvent décrites aussi comme venant d'une contusion. Elles sont plus accentuées dans la marche ou le mouvement, et accompagnées d'un sentiment de lassitude.

EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES. — Semblables douleurs dans les muscles du bras. L'application des fleurs et des feuilles

à quelques verrues, qui avaient été coupées jusqu'au sang, fut suivie d'une grave inflammation depuis les doigts jusqu'à l'épaule.

Extrémités inférieures. — Des douleurs semblables, mais décrites comme des tiraillements, des déchirures, des piqûres ou des crampes, se produisent dans beaucoup de muscles de la cuisse ou du mollet, avec un sentiment de grande faiblesse dans la marche. Les articulations du tarse sont aussi très affectées, et l'on ressent dans les talons une douleur aiguë, comme si on avait des bottines trop étroites, même alors qu'on ne les a pas : et elles se font sentir principalement dans la marche. Pendant la marche aussi, douleurs dans le dos du pied et les orteils. Cette souffrance aiguë dans les talons est remarquable et est évidemment du type du rhumatisme ou de la goutte.

Généralités. — Il y a une lassitude générale marquée, de la fatigue et un sentiment de faiblesse et de meurtrissure par tout le corps. Tous ces symptômes sont plus accentués le matin et le soir.

Peau. — L'action de ranunculus sur la peau est remarquable et pour ainsi dire unique, et constitue avec les douleurs rhumatico-névralgiques une importante et intéressante sphère d'action, bien comparable à celle de rhus. Pour donner une idée claire des effets de la plante sur la peau, je veux rapporter l'observation entière. « Dans le premier quart d'heure, les bulbes pulvérisés, appliqués sur les doigts, y causèrent un picotement toujours suivi d'une ampoule, même si la peau n'était pas attaquée. En appliquant un morceau du bulbe entre les doigts, une brûlure fut ressentie après un laps de deux minutes, brûlure qui cessa bientôt après la suppression du bulbe ;

après un laps de deux heures la place devint rouge, et en dix heures une ampoule se forma, émettant une grande quantité d'un liquide clair, jaunâtre, brûlant. Vésicules sur les doigts, spécialement ceux de la main droite, semblables à celles que cause une brûlure ou une ampoule (de la dimension d'une noisette ou encore plus grandes); ouvertes avec une épingle, de facon à conserver la peau de l'ampoule, elles émettaient pendant huit jours une lymphe jaunâtre en produisant des douleurs de cuisson, la large plaque de peau rouge paraissant à travers l'ampoule (venant de ce que la peau a été touchée par le jus exprimé du bulbe).

Après la guérison des ampoules au bout de quinze jours, et quand la nouvelle peau, qui avait été excoriée, s'était de même cicatrisée, d'autres ampoules petites, peu élevées, creuses, transparentes, bleu foncé, de la grosseur d'une tête d'épingle ordinaire, se produisirent (comme si les pores avaient été soulevés en forme de petites vésicules bleues et transparentes). Elles sont rassemblées en groupes de forme ovale de la taille d'un shilling, avec des démangeaisons et des cuissons intolérables (comme on en ressent après la piqûre des orties, qui produisent d'ailleurs des vésicules semblables) ; quand ces vésicules sont ouvertes, elles émettent une lymphe jaune foncé, et ensuite se recouvrent d'une croûte cornée herpétique, démangeant d'une manière intolérable, et laissant échapper un liquide clair quand on se gratte, ou même spontanément. (Ces vésicules bleu foncé réapparurent périodiquement même pendant six mois, les anciennes se guérissant et d'autres se reformant à leur place.) Après que la croûte cornée qui s'était formée après les vésicules eût été enlevée par les grattages ou se fut émiettée d'elle-

même au bout de huit ou dix jours, de nouvelles vésicules bleues réapparurent, avec des démangeaisons cuisantes intolérables, menant à de fréquents grattages ; le grattage amena un gonflement avec rougeur des doigts, inflammation et démangeaisons cuisantes et piquantes d'une manière intolérable.

« En appliquant de la graisse de cerf sur les doigts enflés pour supprimer la démangeaison, la croûte cornée ne se forma plus, mais, par places de la taille d'un shilling, des groupes de petits trous de la grandeur d'une tête d'épingle (comme si c'étaient les pores) se produisaient, émettant une lymphe jaunâtre à la façon de gouttes de sueur, et se changeant en petits ulcères plats, larges, se guérissant difficilement, avec des bords corrodés et tranchants et des démangeaisons cuisantes et piquantes intolérables, enlevant le repos pour des semaines, jour et nuit. L'affection décrite dans la dernière partie des symptômes vint quinze jours après la guérison des vésicules des doigts causées par l'expression du jus ; elle apparut en premier sur l'index et le médius, qui avaient été couverts de vésicules par le contact du jus, et gagna ensuite de doigt en doigt et d'une main à l'autre, quoiqu'il n'y eût pas eu de vésicules sur ces parties. » Chez un enfant, des ulcères se formèrent sur les doigts, s'étendant jusqu'aux tendons des fléchisseurs, par l'application au poignet du bulbe de ranunculus. Il faut rappeler, en harmonie avec l'état d'irritation de la peau, la démangeaison du cuir chevelu. Ces résultats remarquables indiquent ranunculus comme un remède de l'herpès et en particulier de l'herpès zoster, et ici son pouvoir pour apaiser la douleur et l'irritation avec ses démangeaisons a été fréquemment vérifié. D'après mes résultats person-

nels, j'ai trouvé qu'il donne un grand soulagement dans cette affection. Il serait aussi indiqué dans les érysipèles vésiculeux, et dans les éruptions pustuleuses et vésiculeuses accompagnées de beaucoup de démangeaison, et pourrait peut-être en même temps rendre des services dans l'urticaire, et atténuer la démangeaison des piqûres d'abeille, employé à des dilutions convenables. Avant d'abandonner ce sujet je cite un court passage qui s'y rapporte, extrait de l'appendice à la « Cyclopœdia of drug Pathogenesy ». « Le Dr Portalius parle de ranunculus sceleratus, acris, bulbosus et flammula. Il dit que ces plantes sont très actives et de la façon suivante : l'action de ranunculus sur la peau est de 4 degrés, le premier, rougeur ou très violente démangeaison, qui vient en douze, vingt-quatre, ou même quarante-huit heures, et dure de trois à quatre jours, alors la démangeaison cesse et aussi la rougeur, et l'épiderme se desquame. Le deuxième, rougeur, chaleur locale, gonflement élastique de la peau, et violentes démangeaisons : cela se produit dix ou douze heures après l'application, et cesse après cinq ou six jours ; durant ce temps on trouve sur les portions irritées de la peau de petites vésicules éruptives, qui se dessèchent sans éclater. Le troisième, rougeur intense, forte chaleur, gonflement et formation d'une ampoule remplie d'une sérosité jaune ; l'ampoule est entourée d'un peu de phlyctène et d'une large auréole ronde ; pendant trois ou quatre jours il en coule une grande quantité d'un liquide séreux, alors la peau s'enflamme, devient pourpre et sécrète du pus. Souvent se forment de nombreuses petites pustules. Le quatrième, vrai dépouillement précédé de phlyctène. »

Sommeil. — On est pendant l'après-midi appesanti et

somnolent, et pendant la nuit le sommeil est troublé incessamment et sans repos. L'après-midi et le soir on a une sensation de froid général bien marquée, souvent accompagnée de chaleur de la tête et de la face.

Les résultats de ranunculus scelaratus ne sont pas assez différents pour nécessiter une mention spéciale. Certains symptômes sont plus graves, mais non différents dans l'essence.

Tels sont les résultats de cet intéressant médicament, amplement vérifiés par l'expérience pratique de ceux qui s'en sont servis.

(*Traduction du Dr* TESSIER.)

REVUE DE SÉROTHÉRAPIE

SÉRUM ANTIDIPHTÉRITIQUE

I. Accidents toxiques mortels ou non, arthropathies post-sérothérapiques.— II. Impuissance du sérum sur les accidents paralytiques. — III. Ce qu'on doit entendre par diphtérie.

I

Depuis notre dernière revue, le sérum de Roux a continué à guérir un très grand nombre de diphtéries, dans des proportions très encourageantes, surtout lorsqu'il est employé de bonne heure. Cependant trois cas de mort sont venus obscurcir un peu sa renommée, mais nous croyons qu'il y a des renseignements utiles et des conséquences pratiques à tirer de ces trois observations que nous allons résumer successivement.

Obs. I. (MM. Moizard et Bouchard.) — Petite fille de 6 ans dont la sœur, atteinte d'une angine diphtéritique légère, diagnostic vérifié par l'examen bactériologique, avait guéri à la suite d'une injection de 10 centimètres cubes de sérum, au commencement d'avril 1895.

Le 30 avril, angine d'apparence herpétique, mais avec fièvre très légère, comme les fausses membranes se sont élargies, ont gagné les deux amygdales et s'étendent à la paroi postérieure du pharynx, qu'elles ont une coloration blanc grisâtre, on fait le 2 mai une injection de 10 centigrammes de sérum. L'examen bactériologique constate l'absence du bacille de Lœffler. Le 3 grande amélioration; le 5, l'enfant paraît guérie.

Le 6 (4e jour après l'injection), douleur fugace dans l'épaule gauche.

Le 8 (6e jour), fièvre subite, vomissements répétés, diarrhée fétide, T. 39°,4.

Le 9 (7e jour), persistance de la fièvre, 39°,4 le matin, 40° le soir ; abattement entremêlé d'agitation.

Le 10, nuit agitée, langue saburrale, haleine fétide, T. M. 40°,2. Urine sans albumine, apparition de l'éruption d'urticaire dans l'hypochondre gauche au niveau de l'injection. Dans la soirée, l'éruption se généralise et devient polymorphe. T. 40°,5 ; l'enfant est très abattue, l'urine contient un peu d'albumine.

Le 11, état analogue. T. 39°,8 le matin, 40°,2 le soir.

Le 12, à cinq heures du matin, après une nuit agitée, convulsions généralisées, avec coma, dilatation des pupilles, irrégularité des mouvements respiratoires, fréquence et faiblesse du pouls, la mort survient à 9 heures du matin (1).

---

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 5 juillet.

Obs. II. (MM. Guinon et Rouffilange.) — Il s'agit d'un enfant de 3 ans, atteint d'angine d'apparence diphtérique, mais sans que sa véritable nature ait pu être démontrée par l'examen bactériologique et qui reçut 40 centimètres cubes de sérum en quatre injections du 15 au 20 décembre. Dès le 16 décembre, parut un érythème papulo-ortié et une albuminurie légère. Le 18, les urines qui avaient diminué la veille, se suppriment pour reparaître en petite quantité le 19. Le 20, la température s'élève à 39°,3. Le 21, l'anurie reparaît, et le 22 décembre, sept jours après la première injection, l'enfant est pris de convulsions toniques et cloniques, suivies de coma dans lequel il succombe au bout de quelques heures (1).

Obs. III. (M. John Lemoine.) — Le 29 décembre 1894, une jeune fille âgée de 22 ans, souffrante depuis quelques jours, ayant la gorge tapissée de fausses membranes grisâtres présente tous les caractères de la diphtérie. Elle est transportée à Lariboisière, le 30 décembre. Injection de sérum de Roux d'une quantité inconnue. Cette injection suffit pour amener une grande amélioration et la malade sort guérie le 7 janvier.

Le 14. Éruption polymorphe.

Le 18. Douleurs articulaires qui augmentent pendant quelques jours, s'accompagnant d'un mouvement fébrile violent (39°,8 à 40°,1), d'un bruit de souffle cardiaque.

Le 29. La malade vomit tout ce qu'elle prend. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le 6 février. Dyspnée, hémoptysies. L'état va en s'aggravant et la malade meurt, le 30 mars, avec des symp-

---

(1) *Loco citato.*

tômes asystoliques : urines très albumineuses, cœur affolé (?), dyspnée intense, léger œdème généralisé (1).

Voici trois accidents mortels, dus très probablement au sérum antidiphtéritique ; mais, comme nous le disions en commençant, cela n'enlève rien à la valeur de ce traitement. Tout au plus, devons-nous l'administrer à dose plus légère et dans trois cas où j'ai eu à l'employer depuis trois mois, sur des enfants, je n'ai fait chaque fois que deux injections de 5 centimètres cubes ; dans les trois cas le résultat a été favorable et rapide et malgré la petitesse de la dose, un de mes neveux, âgé de 8 ans, a présenté au bout de quatorze jours une éruption polymorphe très intense pendant deux jours, avec gonflement des paupières et douleurs rhumatoïdes assez violentes ; son urine ne contenait pas d'albumine.

A la suite des deux premières observations que nous avons rapportées ci-dessus il y a eu à la Société médicale des hôpitaux une discussion qui s'est prolongée pendant plusieurs séances et dont nous allons donner le résumé.

M. Moizard discute d'abord son observation, où il n'a employé qu'une dose légère de sérum (10 centimètres cubes) ; il se demande si le sérum antidipthéritique serait plus dangereux quand il n'existe pas de vraie dipthérie, comme dans le cas qu'il a observé ; mais il existe déjà un assez grand nombre d'observations d'angines ne contenant pas le bacille de Lœffler et traitées sans inconvénient par le sérum de Roux.

Il termine cependant en rappelant ce qu'il a dit dans

(1) *France médicale*, 12 juillet.

la communication du mois de décembre : « Dans une angine douteuse, *légère, par conséquent, car le doute n'existe que dans ce cas*, attendre, avant de pratiquer l'injection, le résultat de l'examen bactériologique. » Cette pratique n'est possible qu'à Paris ou dans une grande ville lorsque le diagnostic bactériologique peut se faire rapidement.

M. Bucquoy craint que ce conseil de temporisation ait des inconvénients dans certains cas et rapporte le fait suivant : « M. Hutinel a été témoin d'un fait où le médecin, ayant constaté d'abord une angine herpétique, avait badigeonné avec un antiseptique quelconque, jus de citron ou autre ; la culture fut d'abord négative et on se rassura ; puis, l'état s'aggravant, on fit une nouvelle culture qui révéla cette fois des bacilles de Lœffler ; on se hâta d'injecter le sérum, mais l'enfant mourut pourtant. »

M. Le Gendre conclut du cas cité par M. Bucquoy à la nécessité de prélever sur l'amygdale dequoi faire l'examen bactériologique avant d'employer un antiseptique en lavage. Du reste, de grandes irrigations d'eau bouillie, boriquée, ou avec la solution de la liqueur de Labarraque lui paraissent suffisantes. Nous allons même plus loin et nous avons depuis longtemps combattu tout traitement local dans les angines diphthéritiques, surtout chez les enfants, que cela fatigue bien inutilement et qui guérissaient très bien avec nos médications, avant le sérum, sans intervention locale.

Ajoutons cependant, que l'adjonction du sérum à notre traitement homœopathique interne nous a assuré des résultats bien meilleurs encore puisque depuis le mois de décembre dernier, nous avons traité cinq angines diphthéritiques sans aucun décès.

Dans une séance ultérieure (19 juillet), M. Sevestre, qui avait été empêché par un deuil cruel d'assister au début de la discussion, est revenu sur cette question. Il craint que M. Moizard ne se soit trop hâté d'incriminer le sérum de Roux, dans le cas de mort qu'il a observé et il pencherait plutôt à croire à une intoxication par le streptocoque, quoique l'examen bactériologique de la petite malade de Moizard n'ait pas signalé la présence de ce microbe, et ait été borné à la non constatation du bacille de Lœffler.

A l'appui de cette manière de voir il lit une observation que nous allons résumer.

Obs. IV. — Petite fille de 5 ans, vue le 17 mai; depuis quelques jours, malaise, peu d'appétit, agitation, insomnie; examinée le 17 au matin, elle présente une angine manifestement diphthéritique (injection de 20 centimètres cubes de sérum); l'examen bactériologique permettait de constater, le 18, de nombreuses colonies de bacille moyen, associées à quelques colonies de staphylocoques et de streptocoques. Au bout de deux jours, la gorge était complètement détergée, l'enfant reprenait sa gaîté, demandait à manger, mais gardait encore de l'obstruction des narines, surtout à droite.

Le 24 (7e jour après l'injection), éruption d'urticaire, avec fièvre modérée et un léger malaise durant vingt-quatre heures.

Le 28, examen bactériologique identique à celui du 18. Irrigations dans la gorge avec liqueurs de Labarraque à 5 pour 100 et irrigations nasales matin et soir à partir du 30.

L'enfant paraissait bien, lorsque le 1er juin (15e jour après l'injection) fièvre intense, avec mal de tête, vomis-

sements, abattement (antipyrine, 1 gramme en deux fois).

Le 2 juin, au matin, gonflement énorme des ganglions du cou, douloureux à la pression, et aux moindres mouvements, éruption analogue à la roséole sur les joues, le cou, la face dorsale des mains et des poignets ; douleur dans l'articulation du poignet droit, exsudat blanchâtre sur les amygdales. T. 38°,8.

Le soir l'angine est stationnaire, mais les ganglions sont « encore plus volumineux, la tête est immobilisée par suite d'une douleur dont le siège était manifestement dans les articulations vertébrales ; les articulations des deux poignets sont très douloureuses ainsi que celle du genou droit » ; éruption identique, avec quelques taches sur les genoux ; état général mauvais, abattement, somnolence, quelques gouttes d'urine seulement.

Nuit mauvaise, avec agitation, délire et hallucinations.

Le 3. Accablement très grand, pouls très fréquent, petit, irrégulier ; bruits du cœur mal frappés, embryocardie. Articulations des poignets et du genou droit très gonflées ; éruption étendue d'érythème polymorphe. Les ganglions du cou avaient diminué de volume, et l'exsudat amygdalien avait totalement disparu. Les urines étaient revenues et ne contenaient pas d'albumine.

Le soir, état analogue avec nouvelle anurie.

Le 4. Après une mauvaise nuit, amélioration qui s'augmente rapidement les jours suivants.

M. Sevestre ne croit pas devoir incriminer le sérum et pense que tous ces accidents sont dus au streptocoque ; voici son raisonnement. Il pense que les irrigations na-

sales qu'il a fait faire à partir du 30 mai ont produit « une sorte de mouvement tumultueux, avec dépouillement épidermique de la muqueuse, à la faveur duquel s'est faite l'absorption des toxines du streptocoque, de la même façon que l'on voit survenir des épidémies dans le voisinage d'un étang marécageux dont la vase a été remuée ». Voici l'explication dans toute sa beauté.

Nous croyons à l'influence du sérum de Roux qui a été appliqué à une dose initiale trop forte à notre avis et nous rapprochons cette observation de celle que notre ancien collègue GALLIARD avait rapportée dans la séance précédente et dont voici le résumé.

OBS. V. — Sophie T..., 23 ans, entre le 6 juin pour une angine pultacée légère. Jusqu'au 11 juin, l'état paraît peu sérieux, mais ce jour-là les fausses membranes ont augmenté, elles sont adhérentes, l'haleine est fétide, les ganglions sont engorgés, injection de 40 centimètres cubes du sérum de Roux. L'amélioration se fait lentement. L'examen bactériologique a démontré seulement la présence de streptocoques et de staphylocoques.

Le 16 juin, la malade se trouve si bien qu'elle quitte l'hôpital.

Le 25 et le 26 juin, malaise et courbature.

Le 27. Malaise plus grand, céphalalgie, la malade rentre. Le soir, constatation d'érythème. T. 39°,2.

Le 28 (dix-sept jours après l'injection). Rhumatisme polyarticulaire aigu, intense, avec immobilisation complète dans le décubitus dorsal. Toutes les jointures sont douloureuses et légèrement enflées, surtout à droite. L'érythème commence déjà à pâlir. Rien au cœur, pas d'albuminurie. T. 38°,5 le matin, 39°,8 le soir,

Le 29. Amélioration notable des douleurs. L'érythème a presque disparu. T. 39° le matin, 39°,5 le soir.

Le 30. Défervescence, disparition des douleurs. La guérison est rapide.

Dans la discussion qui a suivi la communication de M. Sevestre, M. Moizard constate d'abord que l'observation de M. Sevestre a peu d'analogie avec la sienne, que de plus, les accidents observés ont eu une intensité plus grande que ceux que l'on connaissait déjà, mais qu'ils ressemblent cependant beaucoup à ceux qui ont été décrits comme sous la dépendance du sérum.

M. Queyrat vient blâmer « M. Moizard d'avoir affirmé que son malade avait succombé à l'intoxication par le sérum ; il n'en avait pas le droit, puisqu'il n'a pas fait l'autopsie, qui eût révélé peut-être quelque méningite à streptocoques.

« La communication de M. Moizard a jeté l'alarme parmi les médecins et parmi les familles, qui ne voudront plus laisser inoculer leurs enfants ; elle est faite pour discréditer la sérumthérapie. »

M. Rendu proteste contre les paroles de M. Queyrat. « M. Moizard a fait son devoir strict de médecin consciencieux et d'honnête homme, en faisant connaître un cas malheureux qu'il est permis d'interpréter, mais qui ne devait pas être laissé dans l'ombre. »

Comme conclusion à cette discussion, nous dirons qu'il y a lieu de diminuer la dose de sérum injecté ; en nous appuyant sur notre pratique propre, nous affirmons qu'une dose de 5 centimètres cubes, que l'on répétera une ou plusieurs fois suivant l'intensité des accidents et leur résistance, nous paraît absolument suffisante, au moins chez les enfants.

II

Au milieu de cette discussion, notre ancien collègue Le Gendre a signalé une observation terminée aussi par la mort, et dans laquelle le sérum de Roux, après avoir rapidement guéri les accidents pharyngés de la diphtérie, n'a pas empêché la paralysie diphtéritique de se montrer, de s'étendre, et finalement d'emporter la malade par une syncope.

Voici cette observation résumée.

Obs. VI. — (MM. Le Gendre et J. Weill) (1). Le 18 mai, M. J. Weill fait voir au Dr Le Gendre un enfant de 3 ans, ayant présenté deux jours auparavant une angine herpétique typique. A ce moment, l'exsudat se présente encore sous l'aspect de points isolés, paraissant se réunir pour former une fausse membrane étalée, irrégulière, jetage nasal, adénopathie légère, fièvre modérée, anorexie.

L'examen bactériologique montrant exclusivement le bacille de Löffler, injection de 10 centimètres cubes de sérum le 19 mars.

Le surlendemain, les fausses membranes commencent à se détacher, mais comme elles ne disparaissent pas complètement, comme l'état général est toujours peu satisfaisant, le 23 mai, nouvelle injection de 10 centimètres cubes.

Amélioration rapide et on pouvait considérer l'enfant comme guéri lorsque survinrent les premiers signes de la paralysie du voile du palais. Bientôt se succédaient des paralysies multiples. Malgré le traitement, la paralysie se généralisa, les muscles de la nuque ne pouvaient plus

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 5 juillet.

redresser la tête ; enfin parurent des irrégularités du pouls et de la respiration, des accès de dyspnée sans signes stéthoscopiques et sans albumine, puis des attaques syncopales, et l'enfant succomba, cinq semaines environ après le début, à la suite d'une syncope définitive, malgré la respiration artificielle et les tractions de la langue longtemps continuées.

III

Dans la séance du 5 juillet, notre ancien collègue Gaucher a émis une opinion qui n'a pas eu d'écho dans la Société médicale des hôpitaux, car cette opinion est trop révolutionnaire ; elle tendrait à battre en brèche les doctrines bactériologiques régnantes :

Voici *in extenso* ce qu'a dit M. Gaucher.

« De la discussion qui vient d'avoir lieu, à la suite de la communication si importante de M. Moizard et des faits qui ont été présentés ici et ailleurs, il semble qu'on peut tirer trois conclusions :

« 1° Que la nature des angines diphtériques devient de plus en plus obscure ;

« 2° Que le sérum antidiphtérique n'a d'autre action que de détacher les fausses membranes et n'agit pas contre la diphtérie elle-même, puisqu'il n'empêche pas les paralysies consécutives ;

« 3° Que l'emploi de ce sérum est dangereux.

« Je crois qu'il faut réagir contre l'engouement irréfléchi qui fait pratiquer des injections de sérum à des malades qui guériraient seuls ou par l'emploi d'un traitement plus simple et moins périlleux. Le cas de M. Moizard doit faire réfléchir les praticiens.

« D'autre part, la spécificité du bacille de Löffler ne me

semble pas telle qu'on doive considérer comme des diphtéries des angines pultacées ou herpétiformes qui ne se comportent pas cliniquement comme la diphtérie, malgré la présence du bacille. Je ne crois pas non plus qu'il faille retrancher de la diphtérie les angines pseudo-membraneuses qui ne renferment pas le bacille de Löffler, mais qui évoluent cliniquement comme des diphtéries véritables, qui en présentent toutes les complications, y compris la propagation au larynx, et qui sont de la même gravité mortelle. Il est évident que, si vous ne tenez pas compte de ces derniers cas, vous déchargerez d'autant votre statistique, surtout si vous retenez, au contraire, comme des diphtéries, certaines amygdalites membraneuses bénignes.

« On sait depuis longtemps, et je l'ai entendu enseigner par Archambault, qu'il y a des angines pseudo-membraneuses herpétiformes, d'allure bénigne, qui peuvent, par contagion, donner naissance à des diphtéries graves. Il faut donc isoler, comme suspectes, toutes les angines à plaques blanches ; c'est ce que j'avais appris à faire bien avant la découverte du bacille. Mais, en présence des dangers possibles des injections de sérum, je ne puis admettre qu'on pratique ces injections à des malades dont l'angine ne présente cliniquement aucun caractère grave, ou avant que la maladie ne prenne véritablement l'aspect d'une diphtérie.

« Au risque de passer pour un réactionnaire avant l'âge, je reste fidèle aux enseignements de la clinique et aux traditions médicales : *Primum non nocere.* »

Nous retiendrons surtout des paroles de Gaucher ce qu'il dit sur la spécificité du bacille de Löffler. Si notre journal était plus lu, si nos doctrines étaient plus con–

nues, M. Gaucher verrait qu'il n'a fait que reproduire une opinion défendue ici depuis longtemps.

Nous sommes même plus réactionnaires que lui, nous croyons que les bacilles sont les résultats plutôt que les causes des maladies, nous croyons que certaines angines sont un milieu de culture favorable tantôt au bacille de Löffler, tantôt au streptocoque, tantôt au staphylocoque; tantôt à une association de ces microbes; nous croyons que si l'on faisait une recherche méthodique on retrouverait ce bacille de Löffler dans un certain nombre de pharynx sains, comme on y trouve du streptocoque (expérience de Widal), comme on trouve le bacille de Koch dans des cavités nasales saines (expériences de Strauss). En un mot, pour nous, ces microbes n'ont aucune spécificité; ce sont des produits qui trouvent ou qui ne trouvent pas un milieu favorable à leur développement.

MARC JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. — EMPLOI DU GAÏACOL POUR L'ANESTHÉSIE LOCALE, EN REMPLACEMENT DE LA COCAÏNE. — II. SUR LA VACCINATION PAR DES TOXINES LATENTES. — III. INTOXICATION PAR LE VIN.

Séance du 30 *juillet*. — M. CHAMPIONNIÈRE rapporte des expériences sur un nouveau mode d'anesthésie locale découvert par M. André, pharmacien à Paris. Celui-ci s'étant fait une brûlure très douloureuse, eut l'idée de la

panser avec une pommade chargée de gaïacol qui, comme beaucoup de substances analogues, devait avoir une action anesthésique.

Après avoir ressenti le résultat remarquable de son essai, il eut la pensée de chercher si l'injection sous-cutanée du gaïacol lui donnerait des résultats analogues; il eut un plein succès de cet essai, en obtenant, sans danger aucun, l'anesthésie locale absolument comme avec la cocaïne.

C'est la dissolution de gaïacol dans l'huile d'amandes douces stérilisée que M. André a employée. Depuis, il a préféré l'huile d'olive, qui est plus pure et plus facile à stériliser. Il a employé une seringue pleine d'une solution de gaïacol à 1/10 d'abord, et en dernier lieu à 1/20. La seringue permet d'injecter ainsi environ 10 centigrammes de gaïacol ou 5 centigrammes avec la solution au 1/20.

C'est pour l'arrachement des dents que les premiers essais ont été faits par M. de Marion, à Saint-Louis, et M. Ferrier, à Lariboisière. La seringue a été injectée en quatre fois au voisinage de la dent.

Les résultats sont ceux d'une analgésie parfaite, la douleur disparaît et la sensation du contact et des mouvements reste. M. Championnière a fait, pour des opérations de petite chirurgie, des essais qui lui ont donné les résultats les plus satisfaisants. Ce sont surtout des ablations de loupes du cuir chevelu qui ont été faites.

La quantité de gaïacol à injecter peut être petite, 10 centigrammes suffisent.

Pour obtenir le résultat anesthésique parfait, il faut avoir soin d'attendre, après l'injection, cinq ou sept minutes.

M. Ferrand conseille d'être très réservé sur l'emploi

endodermique de gaïacol, car il a vu des phénomènes d'hypothermie et de lipothymie plus ou moins profonde, de collapsus, qui avaient l'air d'indiquer la menace d'accidents graves.

Séance du 13 août. — M. Babes fait une communication, que nous reproduirons en entier, *sur la vaccination par des toxines latentes (contrebalancées par des antitoxines sanguines).*

La démonstration de la possibilité de vacciner par le sang des animaux immunisés, faite par mes recherches de l'année 1889 avait ouvert un nouveau champ fertile d'expérimentation.

J'avais appliqué ma méthode contre la rage, dont on ne connaît pas le microbe; MM. Behring et Kitasato ont employé la sérothérapie en 1890 contre des maladies microbiennes, telles que le tétanos et la diphtérie.

A la suite de la constatation des antitoxines sanguines, on a découvert des sérums microbicides; j'ai essayé si par la vaccination avec des toxines et des microbes on peut arriver à la production d'un sérum vaccinatoire et thérapeutique contre la tuberculose. (*Congrès de la tuberculose*, 3e *session* 1893.)

Je me suis demandé si les substances actives se produisent, partout, dans l'organisme ou bien s'il existe des organes ou des tissus où ces substances sont produites et qui les renferment en plus grande quantité. Les expériences de Klemperer, en démontrant que le blanc d'œuf ne renferme pas d'antitoxine tandis que le jaune en renferme, parlent pour une telle localisation. Il était donc intéressant d'examiner s'il existe un rapport entre la localisation du virus et celle des substances thérapeutiques ou vaccinantes.

Une série d'expériences faites dans cette direction a montré que chez le chien fortement immunisé contre la rage, les organes qui renferment ordinairement le virus rabique contiennent moins d'antitoxine antirabique que le sang. Ainsi les glandes salivaires en renferment moins et sécrètent une salive moins antitoxique que le sérum sanguin.

Le cerveau est également moins antitoxique que le sérum. Seulement le liquide céphalo-rachidien a été trouvé plus efficace que le sérum sanguin.

La constatation de l'action paralysante du sang sur certaines toxines et sur certains microbes, faite par Metschnikoff en 1886 et les recherches ultérieures de Buchner, de moi-même et d'Ehrlich ont montré que le sérum antitoxique spécifique neutralise ou bien paralyse la toxicité des toxines spécifiques.

Les expériences de MM. Physalix, Metschnikoff et Roux tendent à prouver que le mélange de toxine et d'antitoxine ne forme pas une substance chimique, mais que les deux principes actifs qui le composent n'ont pas perdu toute leur activité. En chauffant par exemple le mélange, l'antitoxine est détruite avant que la toxine ait perdu son pouvoir. De même le mélange paralysé ou latent devient actif pour les animaux sensibles si on en injecte une plus grande quantité. Le mélange paralysé agit aussi sur des animaux infectés ou influencés par d'autres produits bactériens.

Ces faits intéressants peuvent bien être interprétés de la façon mentionnée plus haut, mais on pourrait également soutenir que les deux substances antagonistes ont formé une substance chimique quoique peu stable, mais que cette substance même n'est pas tout à fait inoffensive,

qu'elle garde toujours une toxicité qui se prononce lorsqu'on emploie des doses plus élevées ou bien lorsqu'on agit sur des animaux faibles. En tout cas, quoique la neutralisation ait été employée pour déterminer la valeur des sérums antitoxiques, cette neutralisation et l'effet de la toxine neutralisée ne sont pas absolus.

Des expériences que nous avons faites à cet égard prouvent que même un mélange, dans lequel l'antitoxine est de beaucoup prédominante, reste toxique.

Ainsi en injectant au lapin 1 centimètre cube de toxine diphtérique mêlée non avec 0,01 millimètre cube d'antitoxine, ce qui correspondait à la quantité paralysante, mais avec 0,1 millimètre cube l'animal est atteint de fièvre et peut succomber, tandis que 1 centimètre cube du mélange reste inoffensif.

Si la toxine d'un virus possède la faculté de vacciner contre une maladie produite par ce virus, et si, d'autre part, l'antitoxine possède la même faculté, il faut se demander comment se comporte le mélange de la toxine et de l'antitoxine.

Nous ne possédons pas de renseignements antérieurs certains pour pouvoir répondre à cette question. On avait bien introduit séparément un ensemble de la toxine et de l'antitoxine dans l'organisme des animaux ; nous avons même constaté qu'il existe une différence notable d'effet entre l'introduction simultanée et entre l'injection séparée de la toxine et de l'antitoxine. Même dans le cas où la toxine a été injectée après l'antitoxine, l'effet de l'antitoxine a été moins prononcé que dans l'injection du mélange exactement paralysé ; il est dès lors probable qu'il existe alors une union plus intime, peut-être une combinaison chimique quoique très instable entre la toxine et l'antitoxine.

Si les deux substances étaient absolument paralysées, ou bien si les deux substances avaient formé un corps chimique tout à fait neutre, on ne devait pas s'attendre à une action thérapeutique ou vaccinante du mélange, tandis qu'en supposant encore une action du mélange ou du corps chimique produit dans l'intérieur de l'organisme intact, celle-ci pourrait très bien se manifester sous la forme d'une vaccination.

Les données mentionnées, qui prouvent que le mélange ne devient pas inoffensif et que l'union des deux substances est très peu stable, plaident pour une telle supposition.

J'ai entrepris deux séries d'expériences pour me renseigner sur cette question. Je disposais d'une quantité de cobayes traités par un mélange exactement paralysé de toxine et d'antitoxine diphtérique. Cinq de ces cobayes de 250 à 320 grammes, qui n'ont présenté après l'injection de 1 gramme de toxine forte (dont 10 centigrammes tuent un cobaye de 300 grammes en quarante-huit heures avec la fièvre et un œdème étendu) paralysé par 1 milligramme de sérum, ni fièvre, ni œdème ou bien un œdème et de la fièvre insignifiants, ont reçu quatre jours après une quantité de 2 grammes de toxine mêlée avec 2 milligrammes de sérum. Cette injection ne produit ni fièvre, ni œdème chez 2 animaux, tandis que chez 2 cobayes, on observait de la fièvre qui durait un à trois jours, tandis que chez un autre cobaye se développe un œdème remarquable, et l'animal succombe quatre jours après l'inoculation. Quatre et cinq jours après cette injection, on injecte aux 4 cobayes restants, 2 grammes de toxine mêlée avec 4 grammes de sérum.

2 cobayes supportent cette injection sans réaction re-

marquable, tandis que les deux autres gagnent une fièvre qui dure deux à trois jours.

Cinq jours après, on injecte aux cobayes 3 grammes de toxine mêlée avec 6 grammes de sérum, seulement 1 des cobayes ressent encore une fièvre passagère.

Après quatre jours, on donne :

4 grammes toxine mêlée avec		8 milligrammes sérum.	
5	—	10	—
6	—	12	—
8	—	16	—

Après cette dernière injection, l'un des cobayes gagne la fièvre, la température s'élève à 41 degrés et la fièvre, après des rémissions, se répète pendant quatre jours quand l'animal cachexié succombe. Aussi les deux cobayes restants gagnent une fièvre assez élevée, durant trois à cinq jours.

Six jours après cette dernière injection, on inocule ces 2 cobayes revenus à leur état normal avec 2 grammes de toxine pure. Tous les 2 cobayes résistent.

En même temps on avait traité de la même manière 4 lapins de 1.200 à 1.400 grammes. Ces animaux ont relativement mieux résisté aux mélanges d'une grande quantité de toxine et de sérum. Mais en élevant ces doses, 2 de ces animaux meurent avec une haute fièvre et une cachexie. 2 animaux succombent enfin après les avoir injectés avec 2 grammes de toxine pure.

La même expérience a été répétée sur 4 cobayes avec un résultat analogue. 2 cobayes ont survécu aux injections finales de 2 grammes de toxine forte, tandis que les lapins ne supportent pas ce traitement. On peut vacciner aussi par une dose unique mais plus grande de toxine paralysée ; ainsi parmi 3 animaux qui ont reçu un mé-

lange de 10 grammes de toxine avec 1 gramme de sérum, 2 résistent à une injection de 1 gramme de toxine faite après dix-huit jours.

Une autre série d'expériences a porté sur 6 chiens en employant un mélange de virus rabique et de sérum antirabique. Comme nous possédons 2 chiens dont 50 centigrammes de sérum sanguin paralysent 1 gramme d'émulsion (1 : 10) de moelle provenant de lapins succombés de la rage de passage, en traitant des chiens avec du virus mêlé avec ce sérum dans la proportion de 2 : 1 on obtient un degré remarquable d'immunité chez ces chiens.

Il est assez difficile d'obtenir des chiens un sérum de cette force ; il faut choisir parmi des dizaines de chiens fortement immunisés par de grandes masses de virus fixe, pour en trouver quelques-uns dont le sérum dépasse la force de 1 : 1 de valeur paralysante. Déjà en 1889 j'ai attiré l'attention sur le fait qu'en forçant l'immunisation de ces chiens on en perd souvent après l'injection de grandes doses de virus fixe (de 100 grammes par exemple) ou bien les chiens deviennent cachectiques, et leur sang perd de sa valeur immunisante. Nous avons procédé de la manière suivante : 2 chiens reçurent pendant six jours sous la peau, chaque jour des doses croissantes de 1 à 5 grammes de mélange, cinq jours plus tard on trépane 2 de ces chiens avec le virus fixe et on répète ensuite les injections sous-cutanées de 5 grammes du mélange. Cinq jours plus tard on trépane 2 de ces chiens avec le virus fixe et on répète ensuite les injections sous-cutanées de 5 grammes de mélange pendant six jours. 2 chiens ont reçu la même dose de virus fixe, mais sans le mélanger avec du sérum antirabique.

Malgré ce traitement, tous les 4 chiens gagnent la rage douze à dix-huit jours après la trépanation.

Chez 2 autres chiens on répète, dans un intervalle de deux jours, le traitement de six jours et à 2 autres on donne 3 séries d'injections sous-cutanées, chacune de six jours; ensuite, on les inocule par des injections interméningéennes avec le virus de passage.

Chez les 2 chiens, chez lesquels on a fait 2 séries de traitement, on observe un retard insignifiant des symptômes rabiques.

Ni les 2 chiens chez lesquels on avait répété 3 fois le traitement ne résistent pas à l'inoculation intraméningéenne du virus fixe. D'autre part, 1 chien qui a reçu en trente jours en doses croissantes la même quantité de virus fixe, mais sans le mélanger avec de l'antitoxine et 2 autres chiens, qui ont reçu la même quantité de sérum immunisant que les chiens précédents, mais sans le mélanger avec du virus fixe, ont résisté à l'infection intracranienne avec du virus fixe.

Ces expériences prouvent à l'évidence que le virus paralysé diphtérique, loin d'être inefficace, quoique inoffensif, constitue un vaccin puissant. En comparant son effet vaccinatoire avec celui du virus diphtérique, on constate que par ce procédé on vaccine d'une manière tout aussi sûre et plus rapidement que par la toxine seule. Il faut remarquer, cependant, que l'état de résistance produit par le mélange de toxine et d'antitoxine, n'est pas très durable, car un cobaye qui avait supporté déjà 2 grammes de toxine forte, a succombé en lui injectant après six semaines, de nouveau, 2 grammes de toxine.

e mélange rabique et antirabique se comporte d'une manière différente, en ce sens qu'il ne produit pas une

vaccination appréciable, tandis que le traitement des chiens avec du virus seul, ou avec le sérum antirabique seul, est très efficace. Déjà, mes expériences antérieures ont montré qu'on peut vacciner et traiter contre la rage avec des injections alternantes de virus et de sérum.

Chez l'homme nous avons prouvé déjà, en 1890, que le traitement antirabique peut être fortifié avantageusement en combinant l'injection du virus avec un traitement, avec le sang des chiens fortement immunisés. Ainsi, nous avons publié en 1891 (*Annales de l'Institut Pasteur*), des succès obtenus par cette méthode combinée en démontrant que parmi 24 hommes gravement mordus à la tête par un loup enragé, 12, qui ont eu les lésions les plus graves, ont été traités par la méthode de Pasteur, très forte, combinée avec la sérothérapie. Ces individus ont tous résisté, tandis que parmi les individus moins gravement mordus et traités seulement par la méthode forte de Pasteur, 2 ont succombé à la fin du traitement.

Cependant, dans cette série d'expériences, ainsi que dans beaucoup d'autres faites sur l'homme et sur le chien, nous avons, avec plein succès, injecté séparément le virus rabique et le sang immunisant.

Il a fallu cette série d'expériences pour montrer que le mélange de deux substances efficaces est loin d'avoir le même effet pour prévenir et guérir la rage.

Nous nous trouvons donc devant deux maladies qui se comportent différemment en face des mélanges paralysés de toxine et d'antitoxine: le mélange diphtérique garantit contre l'action de la toxine diphtérique, tandis que le mélange rabique reste inefficace.

Nous cherchons l'application du même principe aussi pour d'autres maladies infectieuses et nous pouvons

signaler des résultats encourageants dans le traitement de la tuberculose.

Dans la même séance M. Lancereaux revient sur la question de *l'intoxication par le vin.*

« L'intoxication par les boissons spiritueuses change avec chaque pays, chaque contrée, on pourrait même dire, avec chaque ville; rien n'est plus variable que cette intoxication; aussi dans le but de donner une base solide à cette communication, c'est de l'intoxication par les boissons, à Paris, que nous partons spécialement. Nous avons établi précédemment que cette intoxication était triple; et comme jusqu'ici l'alcool seul a été visé à cette tribune, il m'a paru qu'il y avait lieu de dire quelques mots des boissons avec essences et du vin.

L'abus des boissons avec essences est beaucoup plus dangereux que les excès simplement alcooliques, et ce fait que j'ai cherché à mettre en lumière, le Parlement l'a si bien compris qu'il a jugé bon de prendre l'avis de l'Académie, sur celles de ces boissons qui pourraient être autorisées. C'est donc là une question jugée, et sur laquelle je ne reviendrai pas: mais le Parlement a dégrevé en même temps les boissons dites hygiéniques, et le vin, qui fait partie de ces boissons, est dans quelques pays, à Paris notamment, la cause d'accidents des plus sérieux que le dégrèvement ne pourra qu'augmenter, comme il est facile de le comprendre.

Vous savez tous qu'un préjugé généralement répandu en France, particulièrement dans les classes ouvrières, est que le vin donne des forces et qu'il est nécessaire au travail. Imbus de ce préjugé, les ouvriers de notre ville se croient obligés de boire du vin, et, comme ils ont

l'habitude de faire quatre repas par jour et qu'ils ne manquent pas de boire à chacun de ces repas et quelquefois même dans les intervalles, il en résulte qu'un grand nombre d'entre eux absorbent quotidiennement 3 litres de vin et plus. Tout d'abord, aucun symptôme ne traduit ces excès, mais, au bout d'un certain temps, le sommeil est agité, interrompu par des rêves, il survient des pituites le matin à jeun, les lèvres deviennent tremblantes et la sensibilité se modifie aux extrémités inférieures. Cet état se continue ainsi, pendant plusieurs années, sans autre accident nouveau qu'un léger degré d'excitation avec ou sans délire lorsqu'une maladie aiguë vient d'y ajouter. Mais, plus tard, certains viscères commencent à s'affecter : c'est d'abord l'estomac qui se congestionne et s'enflamme, puis le foie et la rate qui se tuméfient.

L'augmentation simultanée du volume de ces derniers organes est constante, au bout de cinq à six ans, chez tout individu qui boit chaque jour de 3 à 4 litres de vin, et, à cet égard, il ne peut y avoir de doute, car ces organes, le foie surtout, offrent des caractères que j'oserai qualifier d'infaillibles.

Cette glande, lisse et peu indurée, dépasse de un à deux ou même trois travers de doigt le rebord costal, mais ce qui lui donne un cachet spécial, c'est qu'elle s'élève jusqu'au mamelon, et souvent même le dépasse de deux travers de doigt. Or, ce caractère ne se rencontre dans aucune affection hépatique : cirrhose paludique, hypérémie stasique, etc., si ce n'est dans les néoplasmes où il n'atteint qu'une partie de la glande.

Le foie, dans ces conditions, se manifeste d'abord au microscope, par un léger degré de prolifération conjonctive au niveau des espaces portes, et des veines sus-

hépatiques, à laquelle s'ajoutent, dans quelques cas, la tuméfaction et l'infiltration graisseuse des cellules hépatiques. Puis plusieurs années se passent, sans changements appréciables; mais il arrive un moment où les éléments embryonnaires conjonctifs finissent par s'organiser définitivement et alors survient la *cirrhose*, qui n'est en réalité qu'un mode de terminaison d'une affection depuis longtemps commencée.

Il est inutile de vous entretenir des conséquences sérieuses de cette affection, et de sa fréquence dans notre ville; toutefois, il n'est pas sans intérêt de vous parler des circonstances étiologiques qui président à sa genèse.

Depuis plus de vingt ans que mon attention est attirée sur ce sujet, il m'a été impossible de rencontrer non seulement la cirrhose, mais la simple hypermégalie hépatique et splénique chez les personnes intoxiquées uniquement par l'alcool ou les absinthes, et alors il m'a bien fallu conclure que ces boissons n'étaient pas la cause de l'altération hépatique chez le buveur, et que le vin était la substance qui l'engendrait ordinairement. Mais le vin est une boisson complexe et celui qui se débite à Paris chez les marchands de vin, est en outre une boisson falsifiée, de telle sorte qu'il reste à rechercher quel est, dans le vin, l'élément de la substance apte à modifier le foie.

Tous les vins pris avec excès peuvent, sans doute, produire la cirrhose : nous savons que cette affection se rencontre quelquefois dans les pays vignobles, chez les vignerons qui ne font usage que de leur récolte, comme aux environs de Lausanne, en Bourgogne et ailleurs. Cependant la cirrhose est relativement rare dans ces contrées par rapport à Paris, et par conséquent le vin de

nos débitants est particulièrement dangereux. Or, sans vouloir parler de tout ce qu'il peut renfermer, je dirai qu'il diffère d'un vin naturel par le vinage et par le plâtrage et comme nous savons que l'alcool n'engendre pas la cirrhose, il y a lieu de se demander si le plâtrage ne joue pas un certain rôle dans la genèse de cette affection.

Ce raisonnement nous a conduit à commencer, avec notre interne en pharmacie, M. Couturieux, il y a déjà une année, une série de recherches sur la matière, et les résultats auxquels nous sommes arrivés et que nous nous proposons de communiquer plus tard à cette Académie, semblent favorables à cette hypothèse.

Une affection non moins sérieuse que la cirrhose et beaucoup plus fréquente chez les buveurs de vin et chez les individus adonnés à l'eau-de-vie et aux boissons avec essences, c'est le tremblement des mains et le délire alcoolique aigu ou *delirium tremens*. Généralement provoqué par une maladie fébrile ou par un traumatisme, ce dernier accident survient aussi sans cause appréciable, et constitue, dans tous les cas, un désordre des plus graves, quelquefois rapidement mortel.

Les excès de vin prédisposent enfin à la tuberculose, et il n'est pas rare de voir des hommes robustes conduits par leur profession à ces excès, comme les tonneliers, les camionneurs, les forts à la halle, etc., finir par succomber à cette maladie qui revêt ordinairement chez eux une marche rapide, en raison de sa généralisation aux poumons et aux membranes séreuses.

Tous ces désordres, liés à l'intoxication par le vin, pour être moins redoutables que les accidents produits par les absinthes et les alcools impurs, n'offrent pas moins de réels dangers, et, à ce point de vue, ils méritent toute notre attention.

Le jour, en effet, où l'impôt sur le vin sera supprimé, la consommation de cette boisson augmentera fatalement, dans une proportion considérable, et si on n'a soin d'éviter les falsifications qui la rendent surtout dangereuse, il en résultera forcément un accroissement des accidents produits par cette substance.

En conséquence, il ne suffit pas, pour éviter l'alcoolisme de diminuer le nombre des cabarets, de débarrasser les alcools des impuretés qui les rendent nuisibles, il faut encore, avec la prohibition de la vente des absinthes, demander à l'Administration compétente d'exercer sa surveillance sur la qualité des vins livrés à la consommation, et principalement sur les falsifications autorisées ou non, qu'on leur fait trop généralement subir dans le commerce. C'est pourquoi nous pensons qu'il y a lieu d'ajouter aux vœux formulés par nos deux collègues MM. Bergeron et Laborde, vœux que nous sommes tout disposés à voter, puisqu'ils ne diffèrent pas de ceux que nous avons émis dans une précédente communication, celui qui suit :

Imposer le vin d'une façon modérée, et s'opposer aux falsifications qui peuvent le rendre nuisible. »

D^r Crépel.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Nous trouvons dans les comptes rendus de la Société de Biologie pendant les mois de juin et juillet un certain nombre de travaux que nous croyons utile de résumer pour nos lecteurs ; voici leur titre :

Travaux sur la tuberculose. — Minéralisation du lait. — La morphine et la pression artérielle. — Porte d'entrée des

toxines. — Hypnotisme chez les grenouilles. — Action de la toxine diphtéritique sur la température. — Microbes de la grippe. — Action antitoxique des capsules surrénales.

Travaux sur la tuberculose. — Thérapeutique et hérédité. — Le Dr Boinet a lu dans la séance du 15 juillet un travail sur le traitement de la tuberculose humaine par les injections de sérum de sang de chèvre inoculé avec de la tuberculose. C'est l'idée du Dr Richet; seulement le chien est remplacé par la chèvre, animal des plus réfractaires à la tuberculine. Les résultats sont-ils plus concluants? Succès sur les cobayes et sur les malades *atteints de phtisie torpide, apyrétique, à marche lente;* insuccès chez les malades présentant des cavernes; effets nuisibles chez les tuberculeux fébricitants, et sujets aux hémoptysies. Les affections laryngées sont une contre-indication formelle.

Nous ne voulons décourager personne, mais les phtisies *torpides, apyrétiques* et à *marche lente* prêtent à toutes les illusions thérapeutiques.

MM. Redon et Charcot ont présenté sur le même sujet un mémoire dans la séance du 29 juin. Chronologiquement ils devraient être cités avant M. Boinet, mais leurs recherches ne s'adressent qu'aux cobayes et aux lapins, c'est pour cela qu'ils viennent au second rang.

Pour MM. Redon et Charcot, l'animal de choix est l'âne et le mulet. Voici la conclusion de leur mémoire :

« 1° On peut obtenir une action empêchante contre l'évolution de la tuberculose humaine en passage dans l'organisme du cobaye et du lapin.

« 2° Cette action empêchante est obtenue avec le sérum de l'âne et du mulet neuf.

« 3° Elle est plus certaine avec le sérum de ces animaux traités par des inoculations tuberculeuses.

« 4° Qu'enfin cette action est beaucoup plus intense avec le sérum de ces animaux d'abord *tannisés*, puis traités à intervalle rapproché par de faibles doses d'émulsion tuberculeuse à virulence exaltée. »

L'action du tannin est considérée ici comme ajoutant une vertu *antiseptique* à la propriété curative de la tuberculose. Cette hypothèse nous séduit peu.

La question de l'hérédité directe de la tuberculose de la mère au fœtus et à l'enfant est encore à l'étude. Voici quelques faits nouveaux et fort intéressants.

Dans la séance du 20 juin MM. Bar et Renon ont présenté à la Société de Biologie un mémoire qui contient les faits suivants :

Dans 5 cas de femmes tuberculeuses, ces auteurs ont, au moment de la naissance des enfants, recueilli dans des vases stérilisés une certaine quantité de sang s'écoulant par le bout placentaire de la vessie ombilicale et ils ont immédiatement injecté du sang à des cobayes sous la peau de l'abdomen.

Dans 2 cas le résultat a été positif, ce qui prouve que le bacille de Koch ou sa toxine peuvent traverser le placenta.

Minéralisation du lait. — La dominante minérale de l'albumine du lait est le *phosphate de chaux*.

Pour doser la quantité du phosphate de chaux contenue dans le lait, on dose l'acide phosphorique. Or sur une moyenne de 300 vaches la dose d'acide phosphorique est de 2 gr. 45 par litre de lait.

M. Gaube, qui a présenté ce travail dans la séance du 29 juin, a essayé d'augmenter la quantité des phosphates par une nourriture composée de tourteaux de coton d'Amérique, fèves concassées cuites et poudre d'os.

« Or une alimentation riche en phosphate continuée pendant trois semaines n'augmente pas la quantité du phosphate du lait chez une vache saine et robuste. »

Nous concluons de ces faits : 1° que le lait est un excellent aliment pour les enfants qui ont besoin de phosphates ; 2° qu'il est inutile de donner à ces mêmes enfants des phosphates chimiques et pharmaceutiques. Ce que nous avons établi il y a bien des années.

Pharmacodynamie, action de la morphine sur la pression artérielle. — Il résulte du mémoire présenté par M. Guignard, dans la séance du 3 juillet, que la morphine n'a pas la même action sur la pression artérielle chez les animaux qui s'endorment sous l'influence de ce médicament et chez ceux qui n'éprouvent point la narcose.

Ainsi le chien éprouve d'abord une légère augmentation de la pression artérielle et cette pression est remplacée par l'état contraire quand le sommeil survient.

Le chat, le bœuf, le cheval, le mouton et surtout la chèvre supportent des doses excessives de morphine sans éprouver d'effets narcotiques... Chez ces animaux l'action constante de la morphine est d'élever la pression sanguine; l'hypotension n'apparaît que par des doses énormes.

Porte d'entrée, défense de l'organisme, diarrhée d'origine centrale. — Sous ce titre, un peu bizarre, M. Charrin a entretenu la Société biologique, dans sa séance du 13 juillet, de faits et de considérations fort importantes.

M. Charrin établit d'abord que la *porte d'entrée* influence notablement la toxicité des produits microbiens. Ainsi 40 à 60 centimètres cubes de toxine pyocyanique stérilisée introduits par le tube digestif, ne produisent aucun symp-

tôme, tandis que 20 centimètres introduits par les voies vasculaires tuent infailliblement.

Ce qui prouve, dit M. Charrin, que l'organisme a des moyens de défense. Il ajoute qu'on ne tient pas assez compte aujourd'hui de ces moyens de défense; que si, par exemple, la tuberculose est très certainement contagieuse par les procédés de laboratoire qui *choisissent la porte d'entrée*, elle ne l'est pas dans la vie ordinaire, où les liquides digestifs et la structure du nez et du pharynx offrent une barrière infranchissable à la contagion. M. Charrin observe avec juste raison que la *diarrhée* n'est pas toujours produite par une lésion intestinale, mais qu'elle peut être produite par le poison microbien agissant sur les centres nerveux pour débarrasser l'économie.

Sans doute l'organisme se défend, il fait sa maladie et il fait sa guérison nous l'avons dit..... après Hippocrate.

L'hypnotisme chez les grenouilles. — Qu'eut pensé le baron du Potet du somnambulisme provoqué chez les grenouilles par les passes magnétiques et l'Académie d'alors eût-elle vu dans ces faits une supercherie ou un effet de l'imagination?

Quoi qu'il en soit, vous placez une jeune grenouille dans le creux de la main gauche. Cette grenouille est placée sur le dos et vous passez doucement la main droite sur son ventre. Au bout de une ou deux minutes la grenouille est hypnotisée ; elle reste immobile et insensible pendant une heure, une heure et demie. Les mouvements du cœur sont ralentis et chez deux sujets la mort est survenue après vingt heures de sommeil hypnotique (communication de M. E. Gley, *séance du 6 juillet*).

Sur les troubles imprimés à la température, aux combus-

tions respiratoires et à la thermogénèse par la toxine diphtéritique, par MM. ARLOIN et LAULANIÉ. — Ces expériences ont été faites à l'aide du thermomètre, du calorimètre et de l'étude du chimisme respiratoire, elles ont amené les auteurs du mémoire à diviser la durée de la maladie en quatre phases : phase d'incubation proprement dite, phase d'hyperthermie croissante, phase d'hyperthermie décroissante, phase d'hypothermie.

Une remarque fort intéressante c'est le défaut de proportion entre les combustions respiratoires et le mouvement fébrile ; ainsi au début de l'hyperthermie les combustions respiratoires sont exagérées ; mais une fois la température fébrile établie, elle n'exige plus, à moins qu'elle ne soit très aiguë, pour son entretien, une dépense chimique spéciale. Les combustions respiratoires retombent à la normale et même au-dessous.

De ce mémoire MM. Arloin et Laulanié déduisent les conséquences suivantes :

1° L'intoxication diphtéritique détermine successivement la fièvre et l'hyperthermie ;

2° L'hyperthermie n'est point l'expression ni la mesure des combustions respiratoires et de la thermogénèse ;

3° Elle coïncide pendant un certain temps avec la diminution des combustions respiratoires ;

4° L'hypothermie est secondaire ; elle résulte de la dépression vitale imprimée à l'organisme ;

5° Elle coïncide toujours avec un abaissement infligé à l'intensité des combustions respiratoires et marche plus vite que l'échauffement.

Le microbe de la grippe. — Le D[r] Houiller pose les conclusions suivantes (*séance du* 13 *juillet*).

La grippe est une affection due à un microorganisme spécial. Dans le sang des malades il se présente sous la forme de *diplocoque;* cultivé sur sérum et différents milieux il se développe et revêt la forme de *bacille* et de *strepto-bacille.*

Cultivé et injecté à la dose de 1 et 2 centimètres cubes aux cobayes et aux lapins il produit une maladie analogue à la grippe et détermine la mort dans un délai de deux à vingt jours.

Ce microbe se rencontre dans le sang, le liquide encéphalo-rachidien, les organes des hommes et animaux grippés.

Il se colore par la couleur d'aniline, liquéfie le sérum, vit dans l'eau, est toujours mobile et est transmissible par la voie sous-cutanée intraveineuse, intrapéritonéale, digestive et par contact.

Coloré par la méthode de Nicolle et Morax il est visible à un grossissement de 1.500 diamètres avec des flagella.

Action antitoxique des capsules surrénales. — Des expériences de M. Abelous, il résulte que des grenouilles privées de leur capsule surrénale ne résistent pas à l'atropine et succombent à ce poison (*séance du* 15 *juin*).

D P. Jousset.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution au traitement de l'hydrocèle vaginale par l'injection d'une solution de chlorure de zinc.

Notre confrère le Dr A. Perrion vient de présenter comme thèse, un travail sur le traitement de l'hydrocèle vaginale au moyen de l'injection d'une solution de chlorure de zinc.

Ce procédé, que M. le professeur Polaillon avait employé, doit être utilisé de la façon suivante :

Pour les petites hydrocèles, l'on laissera couler quelques grammes de liquide par le trocart, puis l'on pratiquera une injection de un quart de seringue de Pravaz d'une solution de chlorure de zinc au 10e.

Dans les hydrocèles de moyen volume, l'on fera une ponction d'une cuillerée à soupe environ du liquide, quelques minutes avant l'opération, puis on injectera les trois quarts de la seringue.

Enfin dans les hydrocèles volumineuses, grosses comme les deux poings, l'on ponctionnera trois ou quatre jours auparavant; puis le jour venu, l'on injectera une seringue de Pravaz pleine de la solution ordinaire.

L'on derva prendre soin de pousser l'injection très lentement, goutte à goutte, et de malaxer la tunique vaginale pendant et après l'opération. Ensuite, l'on extraira rapidement l'aiguille et l'on oblitérera la petite plaie avec un peu de collodion iodoformé.

Contrairement à ce qui arrive avec l'injection de teinture d'iode, il ne se produit après cette opération qu'une dou-

leur insignifiante. Mais l'on remarque assez souvent de l'œdème du scrotum. Cet œdème s'explique par la propriété que possèdent les sels de zinc d'entrer en combinaison avec les albuminoïdes ; à doses petites et en solutions étendues ils exercent sur les tissus et les vaisseaux une action constrictive. Par suite, la circulation en retour étant arrêtée, il y a œdème qui ne dure que peu de temps, de vingt-quatre à trente-six heures.

D'après les conclusions de M. le Dr Perrion, voici les avantages que présente le procédé qu'il préconise.

1° Il est d'une grande simplicité, au point de vue de l'opération ;

2° Il est indolore ;

3° Il n'expose à aucune conséquence fâcheuse ;

4° Il donne des résultats bien meilleurs et plus satisfaisants que les traitements jusqu'ici employés.

L'on pourra aussi approprier la formule de l'injection et sa quantité au volume de l'hydrocèle ; se servir d'une solution au 10e dans les hydrocèles volumineuses, et d'une solution au 20e dans celles de volume ordinaire.

Pour les hydrocèles de petit volume une demi-seringue de la dernière solution sera suffisante.

La solution de chlorure de zinc sera préparée avec l'eau distillée et filtrée froide, quelques instants avant d'être employée.

Dr Silva.

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY. 52, rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

OCTOBRE 1895

LOUIS PASTEUR

Cette mort a ému non seulement la France, mais l'Europe et le monde tout entier.

Qu'était donc cet homme? Et pourquoi sa mort remue-t-elle les populations comme le ferait celle du chef d'une nation ?

Pasteur n'était pas seulement un savant de premier ordre, mais ses travaux scientifiques ont conclu à des applications qui intéressent au plus haut point la santé publique. A ce point de vue Pasteur peut prendre rang parmi les grands bienfaiteurs de l'humanité et c'est ce titre qui explique et sa grande popularité et le deuil général causé par sa mort.

Né le 27 décembre 1822 à Dôle (Jura), Pasteur sortit de l'École normale supérieure (section des sciences) et s'occupa d'abord de travaux tout spéciaux sur la cristallisation, puis sa véritable carrière scientifique commença par la réfutation de la théorie des générations spontanées, se continua par l'étude des microbes considérés comme cause de maladie et fut couronnée par l'étude sur l'atténuation des toxines et sur l'emploi de ces toxines atténuées à la vaccination et à la guérison des maladies.

Ainsi dans le cycle pastorien, nous devons distinguer trois périodes : une période de physiologie : la génération

spontanée; une période d'étiologie : le microbe considéré comme cause de maladie; et une période de thérapeutique : les toxines appliquées à la prévention et la cure des maladies.

Génération spontanée. — Pasteur a ruiné à jamais la doctrine des générations spontanées, je dis a ruiné à jamais parce que sa démonstration s'appuie sur la méthode expérimentale et repose sur des procédés absolument certains.

Des ampoules de verre, dont le col effilé est recourbé plusieurs fois sur lui-même, ou bien encore simplement fermé avec un bouchon d'ouate, sont absolument isolées de l'air extérieur, et permettent de démontrer qu'un liquide stérilisé introduit dans un ballon ainsi préparé ne présentera jamais de génération d'êtres microscopiques tandis qu'il suffira de briser l'extrémité recourbée des ampoules ou de supprimer quelques instants le bouchon de ouate pour voir des microorganismes pulluler dans le liquide.

Cette démonstration de Pasteur a une très grande importance au point de vue des doctrines, mais elle en a une non moins grande au point de vue pratique, et c'est elle qui a permis à Pasteur et à l'école microbienne de faire tous leurs travaux sur l'antisepsie.

Les microbes considérés comme cause de maladie. — Pasteur a étudié les microbes dans l'état de santé et dans l'état de maladie. Ces études se sont multipliées dans tous les laboratoires d'Europe et d'Amérique, et ont accumulé des documents en quantité considérable. Il en est résulté une sorte d'entraînement, partagé par Pasteur lui-même, dont les conclusions principales étaient qu'il n'y avait pas de causes internes, ni de maladies spontanées, que

toutes les maladies étaient causées par des microbes, par conséquent par une cause externe. On alla plus loin encore. On soutint cette opinion extrême qu'à chaque maladie correspondait un microbe particulier comme à chaque espèce végétale correspondait une graine.

On comprend facilement que cet enseignement souleva dans le monde médical une opposition avec laquelle il fallut compter. Péter fut le grand champion de la spontanéité morbide, il fut suivi par un grand nombre de médecins distingués dans sa résistance aux exagérations de l'école microbienne.

Ceci se passait il y a à peine quelques années et bientôt il fallut reconnaître que le même microbe pouvait donner naissance à des maladies différentes; qu'une même maladie pouvait être causée par plusieurs espèces de microbes; que les microbes étaient polymorphes et ne constituaient pas d'espèces définies; que les microbes les plus virulents pouvaient rester à l'état latent dans les cavités de nos organes; que des bacilles absolument inoffensifs (comme le bacillum coli) pouvaient devenir tout à coup pathogènes et virulents. D'où les conclusions formulées par Charrin élève de Bouchard et acceptées par un très grand nombre de médecins : que les microbes pathogènes ne sont que des causes banales, comme le froid et le chaud, et, par conséquent, qu'ils ne peuvent remplacer la cause interne de la maladie.

Atténuation des toxines. — Leur role dans l'immunisation et la guerison des maladies. — Si Pasteur était mort après avoir détruit la doctrine des générations spontanées, il aurait certes été considéré comme un grand savant, mais sa renommée aurait été bornée à un cercle très restreint.

S'il fût mort après ses travaux de pure bactériologie, sa gloire eût été plus répandue mais en somme elle eut été liée à une erreur scientifique.

Mais Pasteur est grand et il mérite, avec la qualification d'homme de génie celui de bienfaiteur de l'humanité parce qu'il a su atténuer les toxines et les employer à prévenir et à guérir les maladies. Le traitement de la rage par les moelles rabiques atténuées et le traitement de la diphtérie par le sérum de Roux constituent des découvertes dont les fruits peuvent être comparés à ceux du vaccin de Jenner.

Par quel enchaînement d'idées, Pasteur est-il arrivé à employer soit comme préservatif, soit comme curatif d'une maladie les toxines atténuées empruntées à cette même maladie ?

Nous pourrions, avec quelque apparence de raison, soutenir que Pasteur a emprunté à Hahnemann et à ses élèves l'atténuation des doses et la loi de similitude. Mais nous ne croyons pas que les déductions logiques qui ont conduit Pasteur à sa thérapeutique aient été empruntées aussi directement à la doctrine hahnemannienne.

Nous croyons que l'idée mère qui a guidé Pasteur a été l'idée de la vaccination jennérienne, et nous en avons la preuve dans cette habitude qu'il a d'appeler *vaccins* les liquides immunisants. Mais l'atténuation des toxines poussée jusques à l'infinitésimalité et l'application de ces toxines à la guérison des maladies qui les fournissent appartiennent absolument à l'homœopathie, et en dehors de cette doctrine thérapeutique on ne peut en trouver trace dans aucune Ecole. Il faut donc admettre que Pasteur saisi, peut-être à son insu, par le grand mouvement thérapeutique qui agite le monde médical depuis bientôt

cent ans, s'est rencontré avec Hahnemann pour formuler ces deux principes : *atténuation des doses* et *loi de similitude*.

Et le succès de Pasteur a été grand et presqu'incontesté à l'inverse de ce qui est arrivé pour Hahnemann. La raison en est bien simple, c'est que Pasteur s'est adressé à une certaine catégorie de maladies présentant dans leurs toxines un remède presque toujours assuré, tandis que les médicaments pharmaceutiques ont une action beaucoup plus aléatoire.

Nous croyons utile, pour démontrer une fois de plus la bonté et l'honnêteté de Pasteur de raconter ici l'histoire de sa première inoculation rabique sur l'homme. Cette narration est due au gendre de M. Pasteur, M. Vallery-Radot.

« Le 4 juillet 1885, à 8 heures du matin, Joseph Meister, âgé de 9 ans, fils aîné d'un garçon boulanger qui habite Steige, se rendait seul de ce village de Steige à l'école voisine de Meissengott. Il suivait un petit chemin écarté, un chemin d'écolier, quand un chien se précipita sur lui et le terrassa. L'enfant n'essaya pas de lutter. Il couvrit son visage de ses bras. Le chien le mordit, le roula, s'acharna sur lui. Un maçon vit de loin la scène et accourut. Armé d'une barre de fer, il frappa à coups redoublés le chien, qui se sauva et rentra se jeter sur son maître.

Le maître, Théodore Vone, épicier à Meissengott, prit un fusil et tua son chien. Bave à la gueule, paille et fragments de bois dans l'estomac, toutes les présomptions de la rage furieuse étaient là. Les parents du petit Meister crurent d'abord à la simple rencontre d'un mauvais chien. La journée se passa à soigner, à laver les quatorze blessures de l'enfant. Mais, le soir, la mère effrayée de

tout ce qu'elle apprenait, — accident arrivé au propriétaire du chien, détermination soudaine de ce propriétaire de tuer le chien d'un coup de fusil, — conduisit le petit Joseph au Dr Weber, de Villé.

M. Weber fit quelques cautérisations à l'acide phénique et conseilla à Mme Meister de partir pour Paris et de conduire son enfant à quelqu'un qui seul, devant la gravité d'un tel cas, serait capable de donner un bon conseil. « Ce quelqu'un, qui demeure rue d'Ulm, ajouta « le médecin, s'appelle M. Pasteur ».

M. Théodore Vone voulut accompagner cette mère de plus en plus inquiète, et cet enfant dont les blessures à la jambe et aux cuisses étaient telles qu'elles rendaient sa marche incertaine, traînante. Ils arrivèrent au laboratoire le lundi matin 6 juillet.

M. Pasteur, très troublé, ému du malheur de ces pauvres gens, plein de confiance dans ses dernières expériences, mais plein d'angoisses à l'idée de tenter sur cet enfant une application de sa méthode, alla dire à M. Vulpian et au Dr Grancher, professeur à la Faculté de médecine, le disciple et l'ami, la situation qui se présentait à lui face à face.

M. Vulpian et M. Grancher vinrent immédiatement voir le petit Joseph Meister; ils examinèrent ses blessures et, d'un commun accord, conseillèrent à M. Pasteur d'essayer sur cet enfant, presque condamné, la méthode qui avait constamment réussi pour les chiens. M. Pasteur organisa dans une des dépendances de son laboratoire, — le vieux collège Rollin, — une chambre pour la mère et l'enfant. Cette brusque installation ressemblait à un déménagement.

L'enfant s'en amusa et regarda les chiens, les poules,

les lapins, les cochons d'Inde, tout ce petit peuple d'animaux en expérience parqués dans cet enclos de la rue Vauquelin comme dans une ferme d'Alsace. Le soir à 8 heures 1/2, on vient le chercher pour le mener au laboratoire. Au milieu des cornues, des tubes, des matras, il promenait un regard d'étonnement effaré. M. Vulpian et M. Grancher l'attendaient. Une seringue Pravaz, contenant la première inoculation, était prête. Quand ce petit vit entre les mains du Dr Grancher cette pointe acérée, il eut peur et se mit à pleurer. Sa mère, pleurant aussi, le déshabilla et l'injection, peu virulente celle-là, fut donnée.

Le traitement devait simplement consister en une piqûre, faite sous la peau, au bas des côtes, d'un virus que M. Pasteur jugeait devoir préserver le petit Meister de la rage. Mais, à mesure que le traitement touchait à sa fin et que se succédaient les inoculations du virus le plus virulent, M. Pasteur était cruellement inquiet. Jours d'angoisses, nuits sans sommeil, brusques transitions des grandes espérances aux abattements effroyables, voilà de quoi la gloire est faite. Le 18 juillet, deux jours après la treizième et dernière inoculation, M. Pasteur, cédant aux instances de ceux qui l'entouraient, confia le petit Meister au Dr Grancher et consentit à prendre quelque repos loin de son laboratoire.

Une hospitalité de famille l'attendait dans un coin paisible des bois du Morvan. Mais au milieu de ce calme profond, l'inquiétude le poursuivait affreusement. Les lettres et les dépêches rassurantes du Dr Grancher avaient beau se succéder, M. Pasteur avait toujours devant les yeux cette figure d'enfant qui lui apparaissait malade, mourant, mourant en pleine rage.

Ce fut le 26 juillet seulement que le petit Meister retourna en Alsace. Il avait voulu emporter une cage de deux lapins et de deux cochons d'Inde nés au laboratoire et qui n'étaient pas encore inoculés. Alors s'établit entre M. Pasteur et Joseph Meister une correspondance régulière.

Le petit Meister devait envoyer d'abord tous les quatre jours, puis tous les huit jours, puis tous les quinze jours son bulletin de santé. Avec quelle impatience était attendue l'arrivée de cette grosse écriture tremblée d'enfant à son « cher M. Pasteur », selon l'expression habituelle du petit Alsacien ! Quelquefois, Meister oubliait de répondre exactement à son correspondant :

« C'est bien ingrat de ma part, lui écrivait-il dans la « dernière quinzaine du mois d'août, de ne pas vous « donner de mes nouvelles, tandis que vous, mon cher « Monsieur Pasteur, vous êtes si soucieux de ma santé. « Je vous en remercie mille fois, ainsi que mes chers « parents. C'est avec joie que je vous répète que je me « porte bien et que je mange bien. »

Le 26 octobre, le jour où M. Pasteur communiqua à l'Académie des sciences le procès-verbal de cette expérience et montra par quelles méthodes il était parvenu, après cinq années d'efforts, à ce qu'il appela modestement une tentative heureuse, toute l'Académie applaudit avec une profonde émotion ; et M. Vulpian de sa voix calme, réfléchie, habituée à peser chaque mot, dit simplement : « Ce nouveau travail met le sceau à la gloire de M. Pasteur et jette un éclat incomparable sur notre pays. »

Qu'on nous permette maintenant de raconter parallèlement l'histoire de la première application du traitement de la pneumonie par l'homœopathie dans les hôpitaux.

C'était en 1849. A cette époque, le traitement énergique de la pneumonie par les saignées et l'émétique était considéré par tous les médecins comme une absolue nécessité ; et Magendie était à l'index parce qu'il refusait de saigner ses pneumoniques. Donc à ce moment, en plein hôpital, sous les yeux de ses collègues, traiter la pneumonie par des globules de bryone, c'était un scandale public. Tessier lui-même, quand il institua ce traitement à Sainte-Marguerite, était tellement tourmenté par la lourde responsabilité qui pesait sur lui, que deux fois par jour, pour surveiller ses malades, il venait du faubourg Saint-Germain au faubourg Saint-Antoine. Et après une série de 40 cas, avec 3 morts seulement, au lieu d'être salué par ses collègues comme Pasteur fut salué par Vulpian, il fut dénoncé à l'assistance publique et accusé d'introduire le charlatanisme dans les hôpitaux ! Tessier avait devancé son heure, il était venu trop tôt dans un monde vieux de préjugés. Pasteur est venu à une époque où on comprend ce que c'est qu'une atténuation et où on admet la loi de similitude. Aussi le chef de la République assistera à ses obsèques, et, s'il n'est pas déposé au Panthéon, c'est que son bon sens a refusé cette faveur. Quand Tessier est mort, un seul de ses collègues des hôpitaux osa suivre son cercueil.

Cet homme de génie dont la vaste intelligence avait pénétré les vérités les plus ardues de la Science était chrétien ; et, à l'occasion, il ne craignait pas de manifester sa foi. A sa mort, il fut assisté par le prêtre de sa paroisse et par le R. P. Boulanger, dominicain.

Dr P. Jousset.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

(*Juin-juillet-août* 1895.)

I. Pendant la durée de mon service trimestriel j'ai eu surtout à soigner des scarlatines, des rougeoles et des affections cutanées. Les scarlatines au nombre d'une quinzaine et les rougeoles à peu près aussi nombreuses, nous ont été fournies par le grand pensionnat Saint Nicolas et ses annexes, les Frères de la Doctrine Chrétienne ayant l'habitude d'hospitaliser leurs enfants malades à l'hôpital Saint-Jacques.

Toutes ces fièvres éruptives ont parfaitement guéri, il n'y a eu du reste qu'une rougeole et deux ou trois scarlatines graves. J'ai remarqué, une fois de plus, un fait que j'avais signalé il y a une quinzaine d'années à la Société homœopathique de France, c'est que la desquamation de la langue dans la scarlatine n'est point absolument pathognomonique comme l'enseignent les auteurs. On ne retrouve la langue blanche et épaisse des premiers jours, se desquamant et devenant rouge framboisé au 4ᵉ ou 5ᵉ jour que dans les scarlatines à température élevée. Dans beaucoup de cas bénins et presque apyrétiques, ce phénomène n'a pas lieu, et la langue ne présente rien de caractéristique.

OBSERVATION I.

P... (Amédée). Entre le 5 juillet.

Le 6. Eruption scarlatineuse généralisée, gorge rouge, état général satisfaisant. T. 37°,8. Pouls 96. La langue légèrement sabburale. Diarrhée. Traitement : *metal alb.* 6ᵉ dilution.

Le 7. Même état, la diarrhée diminue.

Le 9. La diarrhée est terminée. L'éruption pâlit. Les jours suivants la desquamation a lieu à grands lambeaux, ni albumine, ni douleurs articulaires.

La langue n'a jamais présenté la couleur rouge et ne s'est pas dépouillée de son épithélium. Sorti le 30 juillet.

Observation II.

M... (André), 9 ans. Entre le 21 juillet.

Cet enfant, malade depuis deux jours, est amené à l'hôpital avec un mal de gorge violent et une fièvre intense.

Le 21. Agitation, délire, urines rares, éruption rouge foncé, angine intense. T. 40°,5, pouls 140. Traitement ailanthus 3ᵉ.

Du 21 au 25. L'état reste sensiblement le même. Je substitue alors *métallum alb.* 6ᵉ au médicament précédent.

Le 26. La température tombe à 39°,5, le pouls baisse, l'éruption pâlit. Le médicament continué trois ou quatre jours, conduit à la convalescence.

La langue a présenté la desquamation scarlatineuse.

Observation III.

G... (Georges), 12 ans. Entré le 20 juillet.

Malade depuis le 18 juillet, alité le 19, il entre à l'hôpital Saint-Jacques avec une belle éruption scarlatineuse, angine. T. à 39°,5, apyrexie en huit jours. Belle desquamation. La langue a desquamé suivant les règles vers le 4ᵉ ou 5ᵉ jour.

OBSERVATION IV.

N... (Nicolas), 20 ans, domestique chez les Frères de Saint-Nicolas. Entré le 16 juillet.

Pris de mal le 14 juillet, cet homme a été l'un des premiers malades de cette petite épidémie locale. Alité dès le 14 juillet, il est entré à l'hôpital Saint-Jacques deux jours après.

Eruption franche, mal de gorge intense, langue blanche, rouge sur les bords, commençant déjà à se dépouiller. T. 39°,8. Pouls 130. Subdélirium. Urines rares, rouges, uratiques, sans albumine. Prescription : *ailanthus* 6ᵉ.

Le 17. Le mal de gorge s'étant accentué, j'alterne *ailanthus* 6ᵉ avec *arum triphyllum* 6ᵉ.

Le 18. Même état. Même traitement.

Le 19. La fièvre baisse, la connaissance est complètement revenue. *Même traitement.*

Le 22. Douleurs dans les poignets et les articulations tibio-tarsienne avec tendance à se déplacer. Prescription : *pulsatille* 6ᵉ.

Le 28. Le rhumatisme a persisté jusqu'à ce jour, diminuant progressivement. Pulsatille a été continuée pendant tout ce temps. La desquamation a duré un mois, par poussées successives, mais sans complication.

OBSERVATION V.

R... (France), 10 ans. Entré le 12 juillet, scarlatine bénigne, apyrétique, éruption assez intense, mal de gorge; desquamation abondante. *La langue n'a présenté ni enduit blanc, ni dépouillement.*

Je ne veux pas fatiguer le lecteur, par une série d'observations qui se ressemblent. Je signalerai simplement

la bénignité de cette épidémie, qui confirme la sagacité du grand clinicien Trousseau, lorsqu'il prétend que la scarlatine se présente sous forme d'épidémies où presque tous les cas sont bénins, ou sous forme d'épidémies où presque tous les cas sont graves.

Remarquons de plus qu'à propos de la langue, j'ai vérifié son assertion dans tous les cas : le dépouillement de cet organe est un phénomène constant, invariable, *à moins que la scarlatine n'ait été marquée par aucun phénomène fébrile.*

Cette dernière assertion est exagérée. J'ai vu des cas de scarlatine, allant jusqu'à 38 degrés, et même un peu plus, dans lesquels la desquamation ne s'est pas produite. En voici un exemple :

F... (Louis), 8 ans. Entré le 30 juin. Fièvre 38°,2, angine, éruption caractéristique pendant six jours. La langue n'a présenté aucun caractère pathognomonique — au sixième jour diarrhée dysentérique guérie par *corrosivus.* Desquamation pendant plusieurs semaines.

II. Je ne donnerai pas les observations de rougeole, elles sont trop banales. L'aconit, la pulsatilla, le sulfur ont fait les frais du traitement. Aucun n'a été très sérieux, pas un cas de broncho-pneumonie. Quelques otites légères, épistaxis, diarrhées ; les épiphénomènes habituels de la rougeole. J'ai eu par contre un certain nombre d'affections cutanées à soigner, dont je puis brièvement relater l'historique.

Observation VI,

L... (Georges), 8 ans, est entré à l'hôpital St-Jacques, le 2 juillet, pour un eczéma impétigineux, consécutif à un

traumatisme léger de l'oreille (1). A son arrivée la joue et l'oreille sont très enflammés, œdémateuses, suintantes, rouges.

Le 2. Mezereum 3e.

Les 4-9. Même traitement, appliquer localement un liniment boriqué au 1/10.

Le 10. Les ganglions du cou deviennent volumineux et douloureux. *Solubilis* 6e.

Le 15. L'enfant se plaint de plus en plus; la joue et l'oreille sont en bon état, mais le phlegmon se forme (rougeur, œdème, fluctuation profonde). T. 39°. La tumeur ganglionnaire est volumineuse, chaude, douloureuse. *Belladone T. M.*, IV gouttes.

Du 15 au 19. L'état local reste à peu près stationnaire, lorsque le 19, le thermomètre monte à 40°. *Solubilis* 1re *trituration* 20 *centigrammes*.

A partir de ce moment la fièvre diminue, la tumeur décroît, petit à petit la fluctuation disparaît et nous assistons à la résolution complète en douze jours d'un phlegmon bien authentique obtenu à n'en pas douter par *solubilis*.

Observation VII.

L... (Maxime), 13 ans, à la suite d'une peur intense survenue le 18 juin, a été pris le lendemain d'un eczéma

---

(1) Il est utile de rappeler que la plupart des poussées impétigineuses chez les enfants, sont consécutives à une légère suppuration soit de la tête, soit même des doigts. Quelquefois la lésion initiale est guérie lorsque se produisent les poussées impétigineuses, mais on peut la retrouver par un examen quelque peu soigneux. C'est, en somme, presque toujours une auto-inoculation.

rubrum généralisé. Après s'être montré d'abord à la face, au cuir chevelu, derrière les oreilles, l'éruption a gagné la poitrine, les aisselles, les plis du coude, de l'aine, du jarret, les parties génitales. Traité par les bains d'amidon le mal augmentait quand même de jour en jour, on amena l'enfant à l'hôpital Saint-Jacques le 1er juillet. Prescription *mezereum* 3e. Cataplasmes de fécule *froids* pour ramollir et faire tomber les croûtes du cuir chevelu.

En huit ou dix jours, l'amélioration se prononce, j'ajoute au traitement interne une pommade à l'oxyde de zinc à 25 0/0.

Le 20. L'amélioration ne faisant plus de progrès je substitue *graphytes* 12e au mezereum.

Sous l'influence de ce dernier remède, la guérison était complète dans les premiers jours d'août.

Je relève dans cette observation la cause occasionnelle, qui a été une frayeur. Que de fois, une peur, une colère, une perte d'argent, une violente émotion, n'est-elle pas suivie d'une affection cutanée, eczéma, prurigo, etc.

Observation VIII.

S... (Ida), 30 ans, domestique, entre à l'hôpital pour un eczéma des mains et des cuisses, accompagné de démangeaisons insupportables, a été en traitement à l'hôpital Saint-Louis pendant plusieurs semaines. Les mains sont fendillées, à certains endroits même les crevasses sont profondes et enflammées.

Le 24. Prescription *graphytes* 6e. Enveloppement des mains la nuit dans du taffetas gommé. Le matin manulure de vingt minutes dans de l'eau à 45 degrés.

En quelques jours, sous l'influence de ce traitement l'amélioration a été frappante. Les démangeaisons persis-

tant avec intensité je lui administre le 10 août *croton* 6ᵉ.

Au bout de trois ou quatre jours, l'action de croton ne se manifestant que d'une manière insensible, je lui substitue *euphorbium* 3ᵉ.

A partir de ce moment les démangeaisons diminuent puis disparaissent et le 20 août la malade sort guérie. Je lui conseille de changer de métier, car dans sa place de bonne à tout faire, elle avait souvent les mains dans l'eau, et sous cette influence la récidive serait à craindre. Elle suit cet avis et se place dans la couture.

Observation IX.

P... (Henri) est entré le 13 mai, dans le service de mon prédécesseur, pour une plaque eczémateuse occupant toute la région frontale au-dessus du sourcil droit. Du 13 au 15 mai il a pris *dolichos pruriens T. M.* puis *antimonium tartaricum* 6ᵉ et enfin *viola tricolor* 6ᵉ.

Le 1ᵉʳ juin. Je constate une plaque suintante, rouge, enflammée. Je prescris *rhus tox.* 6ᵉ à l'intérieur, et localement une pommade avec :

Vaseline.	10	grammes
Oxyde de zinc. .	3	—
Calomel.	20	centigrammes

Le 13. Le malade va mieux, mais il se plaint de prurit au niveau de sa plaque eczémateuse, qui diminue de diamètre et est beaucoup moins enflammée. Prescription *acide borique* 1ʳᵉ.

Le 25, le malade sort guéri.

Observation X.

R... (Fernand), 13 ans, entre le 18 juin pour une *teigne tondante*, *herpès tonsurant de Kaposi*, aujourd'hui *trico-*

phytie du cuir chevelu. Sur le pariétal gauche grand placard de cinq centimètres de diamètre, tout le reste du cuir chevelu, ainsi que la nuque sont parsemées de petits placards. Au cuir chevelu les plaques alopéciques se présentent comme d'habitude sous l'apparence de tonsures imparfaites, comme si les cheveux avaient été irrégulièrement coupés. Les cheveux sont comme cassés, ramollis, et n'offre pas de résistance à l'application exacte de la plaque de verre, avec laquelle on peut les aplatir sur le porte-objet. On les écrase entre les mors de la pince à épiler, caractère pathognomonique depuis longtemps indiqué par Besnier.

TRAITEMENT. — A l'intérieur *rhus tox.* 6e, à l'extérieur pommade au calomel à 1 p. 20.

Le 30. Les progrès n'étant pas très marqués je substitue *sulfur* 1re *tritur.* à *rhus*, et je fais appliquer tous les deux jours, après un savonnage au savon noir la pommade suivante :

Ichthyol.	4 grammes
Cantharis T. M.	X gouttes
Vaseline.	20 grammes

Petit à petit l'amélioration progresse et vers la fin de juillet la guérison paraissait prochaine lorsque je fus obligé d'expulser ce petit malade à cause de sa turbulence et de son indiscipline.

OBSERVATION XI.

Je trouve au 1er juin, un enfant de 14 ans, X... (Camille), que j'avais fait entrer au mois de février pour un lupus tuberculeux ulcéré de la face et du cou, remontant à plusieurs années et qui avait été complètement négligé, dans le village où habitait l'enfant. Les lésions sont pro-

fondes et étendues. L'aspect du malade est repoussant. La lèvre inférieure et la paupière inférieure gauche n'existent plus. Les dents du maxillaire inférieur sont horizontales et font saillie au dehors, n'étant plus maintenues et cachées par la lèvre.

Du 1er juin au 15 août, j'administre à cet enfant, d'aspect si repoussant, l'*hydrastis canadensis T. M.* à l'intérieur et je lui pratique tous les huit jours des cautérisations avec la pointe la plus fine du thermo-cautère Paquelin.

Grâce à ce traitement, j'ai pu le renvoyer chez lui avec un visage cicatrisé, mais malheureusement gardant les difformités causées par l'insouciance et le manque de soins qui avait duré plusieurs années. La cautérisation ponctuée, pratiquée à temps, donne des résultats excellents, et que je crois préférable aux scarifications, parce qu'elle évite les auto-inoculations.

Appendice. — N'ayant pas voulu ennuyer le lecteur d'une série d'observations de rougeole et de scarlatine, sans intérêt, je prends la liberté d'ajouter quelques cas de ma pratique qui peut-être sembleront d'une banalité moins grande que ceux dont je supprime la publication.

Observation I.

Tumeur lacrymale. Dacryocystite.

Mme de V..., 60 ans, Portugaise, a toujours joui d'une assez bonne santé. Je l'ai soignée deux fois de 1875 à 1886 pour une pneumonie grave et pour un érysipèle de la face. Cet érysipèle a eu pour porte d'entrée l'irritation de la peau causée par une tumeur lacrymale, remontant à plusieurs années, et traitée sans succès par des oculistes de

Lisbonne et de Paris. Je propose à Mme de V... d'essayer le traitement homœopathique, sans toutefois lui promettre la guérison. Elle y consent d'autant plus volontiers qu'elle n'a eu qu'à se louer de ce traitement pendant sa pneumonie et son érysipèle.

Mai 1887. *Graphytes* 12ᵉ. Trois globules par jour, pendant dix jours. Repos cinq jours, puis recommencer.

Juillet 1887. Grande amélioration. Continuer le même remède pendant cinq jours et se reposer dix jours. Substituer la 30ᵉ dil. à la 12ᵉ.

Octobre 1887. Guérison complète. Actuellement, au mois de novembre 1892, c'est-à-dire cinq années après il n'y a pas eu de récidive.

Observation II.

Tumeur lacrymale. Dacroycystite.

Mme de N..., 56 ans, rue Cardinal-Lemoine, nº 1. — Cette dame, d'une bonne santé habituelle, n'a jamais suivi la médication homœopathique en laquelle elle n'a aucune confiance. Mais après avoir été soignée par les meilleurs oculistes, et en dernier lieu par le très regretté Dʳ Perrin qui lui proposa l'incision du sac et la cautérisation, elle vint me trouver sans grand espoir de succès, mais pour essayer une dernière tentative avant de se résoudre au traitement chirurgical.

L'œil est très enflammé, la conjonctive présente des arborescences vasculaires nombreuses, l'épiphora est continuel, plusieurs fois par heure la malade presse sur la tumeur et en fait sortir une quantité considérable de muco-pus. Le sommeil lui-même est troublé par la nécessité qu'éprouve la malade de vider la poche plusieurs fois pendant la nuit.

Le 19 février 1889. *Calcarea carb.* 12ᵉ, *silicea* 30ᵉ, *graphytes* 12ᵉ, une dose matin et soir, six jours l'un, deux jours de repos, six jours l'autre.

Le 11 mai. L'amélioration est très considérable. Il n'y a presque plus de suppuration, la malade n'est plus obligée de vider la poche pendant la nuit, et la vide très rarement pendant le jour. Il n'y a plus de photophobie, ni de conjonctivite. *Calcarea* 30, *silicea* 12, *graphytes* 30ᵉ.

Le 1er août 1889. La malade est complètement guérie.

Depuis cette époque j'ai continué à la soigner ainsi que toute sa famille absolument convaincue par cette cure de l'efficacité de l'homœopathie et actuellement la guérison ne s'est pas démentie.

On me demandera pourquoi je ne me suis pas contenté de graphytes. Le motif qui m'a déterminé à ajouter *silicea* c'est l'abondance de la suppuration ; et si j'ai donné *calcarea*, c'est parce que la malade se plaignait de transpirer facilement de la tête, des mains et des pieds, symptômes qui indiquent le carbonate de chaux, comme le savent tous les disciples de Hahnemann.

Observation III.

Tumeur lacrymale. Dacryocystite.

Mlle S..., 15 ans 1/2, réglée à 12 ans, atteinte depuis trois ans de tumeur lacrymale, avec rétrécissement des points lacrymaux, traitée par de nombreux oculistes et notamment par le Dr Parinaud et mon excellent ami le Dr Abadie.

Elle a été soumise au cathétérisme des voies lacrymales et opérée deux fois par incision. Récidive continuelle.

Le 21 août 1891. *Solubilis* 12ᵉ, *silicea* 12ᵉ, *calcarea c.* 12ᵉ. Trois jours l'un, deux jours de repos, trois jours l'autre.

Le 2 octobre. Amélioration. Je remplace *calcarea* 12^{e} par *sulfur* 30^{e} et fais continuer le traitement.

Le 16 novembre. L'amélioration continue, mais pas aussi rapide que je le voudrais. Il faut dire que l'enfant est en pension, et que le traitement n'est pas suivi très régulièrement.

Hepar sulfuris 3^{e} et *graphytes* 12, un jour l'un, un jour l'autre.

Le 5 janvier 1882. Etat stationnaire; *graphytes* 12^{e}, *calcarea* 200^{e}, *solubilis* 30^{e}.

Le 20 février. Grande amélioration, mais non guérison complète. Depuis cette époque, j'ai revu la jeune fille et chez elle la guérison s'est maintenue incomplète en ce sens qu'elle conserve un peu d'épiphora que j'ai diminué mais non complètement supprimé par *calcarea* et *causticum*. Elle n'a plus de suppuration.

Chez elle, le traitement a été très efficace, mais non radicalement curateur. A quoi attribuer ce succès seulement relatif, d'une part à l'inflammation de l'os *unguis* ou tout au moins de son périoste, ce pourquoi j'ai donné *solubilis* et *hepar sulfuris ;* où bien aux fréquentes interventions chirurgicales ?

Je l'ignore. Dans tous les cas, l'amélioration est assez marquée pour que l'enfant et ses parents ne songent plus à la conduire chez les oculistes.

J'ai d'autres observations de guérison de tumeur lacrymale dont il est inutile de donner la relation, pour éviter de fatigantes redites. Qu'il me suffise de conclure en disant que pour moi les médicaments les plus efficaces sont le *graphites*, le *calcarea carbonica*, la *silicea*, le *mercurius solubilis*, l'*hepar sulfuris* et l'*aurum*. Je les ai cités d'après leur ordre d'efficacité. Pour moi le *graphytes* est le meilleur, et souvent à lui seul il accomplit la cure.

Observation IV.

Cystalgie.

Madame D..., 42 ans, souffre depuis plusieurs années d'une brûlure en urinant, accompagnée d'un léger catarrhe de la vessie. Cette affection lui est survenue à la suite de cautérisations répétées du col de la matrice, cautérisations pratiquées par un médecin sans valeur, contre un léger catarrhe utérin. Fatiguée de ce traitement, prolongé et inefficace, cette dame alla trouver un chirurgien distingué des hôpitaux qui fit cesser immédiatement les cautérisations. Le résultat en fut une amélioration immédiate du côté de la matrice; mais la douleur vésicale, douleur très vive avec spasmes du col, chaque fois que la malade est obligée d'uriner, ne subit aucune amélioration. Je donnai successivement et sans grand résultat pendant deux années consécutives : *terebenthina*, *cantharis*, *nux moschata*, *belladona*. Je prescrivis le régime lacté, l'abstinence de toute trace d'alcool dans la boisson, l'eau de Vittel, l'eau de Capvern. Rien n'y fit. Je veux dire que la guérison ne se produisit pas, car tous ces remèdes, ainsi que ce régime sévère, atténuaient le mal dans une certaine limite. En janvier 1887, il y eut un retour de métrite avec émission de mucosités glaireuses, pesanteur dans les aines, l'hypogastre et le fondement. Faux besoins d'aller à la selle, *nux vomica* 3ᵉ, une dose le matin et *belladone* 3ᵉ, une dose le soir, calmèrent rapidement cette poussée inflammatoire, mais la douleur de la vessie persistait, et recevait même une nouvelle impulsion à la suite de cette poussée de métrite.

Le 1ᵉʳ mars 1887. Je prescris *clématis* 3ᵉ, le médicament, continué jusqu'au 2 avril, à doses diverses, donna

une amélioration sérieuse, mais à la fin d'avril, son action s'était épuisée et la malade, un peu découragée, me demandait d'essayer d'un autre remède.

Le 27. *Capsicum* 3e. L'effet de ce médicament fut vraiment magique. En peu de jours la guérison était obtenue. Il y eut, deux ou trois mois après, une légère rechute qu'une nouvelle dose de *capsicum* 3e fit rapidement cesser, et depuis cette époque, madame B... n'a plus jamais souffert de sa vessie.

Les symptômes pathogénétiques qui confirment l'indication de capsicum sont les suivants : *ténesme de la vessie ; envie fréquente pressante et presqu'inutile d'uriner. Douleurs brûlantes en urinant. Contraction crampoïdes et incisives au col de la vessie.*

Observation V.

Arthrite du genou. Inflammation douloureuse des tendons de la patte d'oie.

Mme C., 75 ans, venue de Nancy à Paris chez ses enfants pour se faire soigner d'un rhumatisme du genou dont elle souffre depuis plusieurs mois, et que le salicylate de soude, le colchique, le sulfate de quinine et les vésicatoires ont été impuissants à calmer.

Le 5 mai 1891. Je vois cette dame pour la première fois et je constate un peu d'enflure du genou droit, qui est d'ailleurs tellement sensible à la pression, que je ne puis me rendre compte si l'articulation est le siège d'un épanchement. Les tendons qui forment l'insertion de la patte d'oie, sont eux-mêmes entièrement douloureux. Prescription *apis* 6e *et bryone* 6e,

En moins de quinze jours, ces deux médicaments qui, dès les premières doses avaient soulagé la malade, ame-

nèrent une guérison complète, de sorte qu'avant de partir pour Nancy, où elle retourna au commencement de juin, cette bonne dame put faire quelques promenades dans Paris. J'ai su depuis, par son fils, ingénieur en chef au corps des Ponts-et-Chaussées, que la guérison ne s'était pas démentie.

Observation VI.

Catarrhe chronique, toux suffocante.

M. de B... 78 ans. Asthme avec emphysème, bronchite, suite de refroidissement, toux incessante, suffocation, dyspnée intense. *Calcarea* 6ᵉ et *nitri. acidum* 6ᵉ, alternés, sur l'indication du regretté Leboucher, amènent une sédation très rapide et une guérison assez prompte.

A peu de distance de cette cure je fus appelé chez un homme de 60 ans, diabétique, atteint depuis plusieurs jours d'une toux incessante, d'oppression avec menace de suffocation, râles sibilants dans les deux poumons, râles sous-crépitants disséminés, fièvre intense, état grave : *calcarea* 12ᵉ et *nitri. acidum* 12ᵉ amenèrent une détente presque instantanée suivie aussi d'une guérison rapide.

Dr J.-P. Tessier.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

LA LÉSION DE LA RAGE.

Au commencement de ce siècle, les médecins ne connaissaient pas les lésions de la rage; ils discutaient sur la nature de cette maladie. La plupart, des auteurs prenant en considération les symptômes essentiellement nerveux de la rage et l'absence d'une lésion définie, considéraient cette maladie comme une *névrose*. Quelques-uns même, exagérant cette opinion, en était arrivés à faire de la rage un produit de l'imagination et le résultat de la terreur produite par la morsure d'un chien suspect.

Aujourd'hui, grâce aux progrès de l'histologie pathologique, nous connaissons la lésion de la rage. C'est une inflammation de la moelle épinière et de ses membranes; lésion parfaitement en rapport avec les symptômes convulsifs et paralytiques de la maladie et aussi avec le mouvement fébrile intense qui ne manque jamais pendant les dernières heures de la maladie.

Les Drs Germano et Capobianco ont fait, au laboratoire de l'université de Naples, des recherches sur les lésions de la rage, et ont publié dans le numéro d'août 1895 des *Annales de l'Institut Pasteur* le résultat de ces recherches.

On note à l'œil nu, quand on ouvre le canal vertébral, une hyperémie plus ou moins prononcée des méninges spinales; à la section, on trouve à la substance médullaire

une couleur plus rosée qu'à l'ordinaire. Les vaisseaux sanguins sont remplis de sang.

Les hémorrhagies sont fréquentes surtout dans la substance grise ; elles sont circonscrites ou diffuses.

On doit noter l'infiltration des globules blancs. L'infiltration des leucocytes se fait partout : dans les espaces périvasculaires, dans les tuniques adventices des vaisseaux, autour des cellules nerveuses qu'ils pénètrent et détruisent.

Les parois vasculaires sont aussi manifestement altérées et l'endothélium est le siège d'une prolifération notable.

Les Drs Germano et Capobianco décrivent ensuite avec de grands détails les lésions des cellules nerveuses et des fibres nerveuses et de la névroglie et donnent à l'appui de leurs descriptions des planches tout à fait démonstratives.

Il résulte de ces recherches que la lésion de la rage est essentiellement constituée par une inflammation du tissu nerveux de la moelle épinière affectant les éléments nerveux, le tissu interstitiel et les vaisseaux. Cette inflammation atteint aussi les membranes, en sorte qu'il s'agit d'une *méningo-myélite*.

L'hyperémie marquée, l'infiltration leucocytaire progressive et diffuse, les altérations des parois vasculaires avec hémorrhagies consécutives, l'altération des éléments nerveux allant du simple gonflement jusqu'à la disparition complète démontrent la notion inflammatoire de la lésion.

Un caractère fort remarquable de ces lésions, c'est qu'elles siègent presqu'exclusivement dans les cordons antérieurs de la moelle épinière.

Nous croyons devoir transcrire ici les conclusions de nos auteurs :

1° Dans la moelle épinière des chiens et des lapins rabiques, existent des altérations anatomiques *constantes*.

2° Ces altérations, attaquant tous les éléments du tissu nerveux, ne sont pas uniformément distribuée dans les diverses sections de la moelle épinière, considérées anatomiquement et physiologiquement, (les foyers prévalent dans les régions motrices) ;

3° Du caractère des lésions, on conclut à une phlogose aiguë du tissu nerveux ; leur ensemble, sans être décisif, peut, dans certaines limites, être considéré comme caractéristique.

4° La dégénérescence des cellules nerveuses aboutit à travers des formes variées à la disparition complète de l'élément nerveux ;

5° Le rapport anatomique intime entre la névroglie interstitielle et le tissu du stroma myotique apparaît aussi, à égalité de conditions, dans le mode identique et simultané de réaction au stimulus morbide.

6° Le grossissement anomal dû au stimulus pathologique, rend assez visibles les petits corpuscules névrogliques peu visibles à l'état normal.

7° Dans la phlogose de la moelle épinière produite par la rage, le stimulus qui tend à détruire les éléments propres de la moelle (cellules et fibres), exerce une action favorable sur la névroglie, qui devient hypertrophique et hyperplasique ;

8° L'hypertrophie et l'hyperplasie de la névroglie contribuent probablement, de leur côté, au sphacèle des cellules et des fibres nerveuses.

D[r] P. Jousset.

MÉDECINE PRATIQUE

A PROPOS DU TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE.

Les médecins et chirurgiens ne s'accordent pas encore sur le meilleur traitement des kystes hydatiques du foie. Les uns avec Dieulafoy, Debove, Bacelli, Juhel-Renoy, Chauffard, Merklen, Galliard, etc., s'en tiennent dans la presque majorité des cas à la ponction simple suivie d'injection parasiticide. Les autres avec Legrand, Potherat, Terrier, Terrillon, etc., préfèrent la laparotomie avec ouverture large du kyste, ce qui donne une guérison plus assurée, et surtout qui permet de vider les kystes multiloculaires, d'explorer le foie et de ne pas y laisser de kystes pleins à côté de celui qui a été ponctionné, ce qui arrive quelquefois avec la paracentèse.

I

Ce qu'il faut avant tout, c'est de savoir à quelle variété de kyste on a affaire.

Les kystes hydatiques du foie peuvent être *inclus* dans le parenchyme hépatique ou faire saillie à la surface. Segond et Potherat (1) admettent quatre catégories de tumeurs qui sont d'après leur situation *antéro-inférieures*, *antéro-supérieures*, *postéro-inférieures*, *postéro-supérieures*, et qu'on peut aborder soit par la laparotomie médiane

(1) Congrès de chirurgie, 1888. Traité de chirurgie, Duplay et Reclus. Art. Foie. t. VII.

soit par l'incision sous-costale soit, par l'incision lombaire, soit par la voie transpleurale.

Galliard (1) trouve cette classification incomplète, car elle néglige les kystes du lobe gauche. Certains de ces kystes peuvent même s'élever dans le thorax, et simuler une collection pleurale.

Ces kystes du lobe gauche ne seront reconnus que s'ils se développent franchement en avant ou en haut. Les kystes postérieurs ont toute chance de rester inaperçus.

II

Lorsqu'il s'agit de traiter un kyste qu'on suppose unique, il faut se préoccuper de trois choses :

1° La situation.

2° La dimension.

3° Le contenu.

Dans les cas où on ne peut, sans ponction, arriver à un diagnostic exact, la paracentèse donnera des renseignements sur le contenu du kyste.

Il peut arriver que le trocart ne donne pas une seule goutte de liquide dans l'appareil aspirateur, l'instrument peut être ou obstrué par des vésicules, ou c'est qu'il ne contient pas de liquide. On essaie de désobstruer le trocart ou de lui substituer un trocart un peu plus gros. Si ayant la sensation d'être dans une cavité, l'extrémité du trocart se meut librement, on peut être certain que la poche ne contient pas de liquide, mais uniquement des vésicules filles. Dans ce cas un seul parti est à prendre, c'est celui d'ouvrir largement le kyste, car l'injection pa-

(1) *Médecine Moderne*, 2 juin 1894.

rasiticide ne donnerait aucun résultat. Ordinairement la ponction fournit du liquide, et ce liquide appartient à une des variétés suivantes :

1° Liquide clair, transparent comme de l'eau de roche, ne contenant par d'albumine : les hydatides sont vivantes :

2° Liquide louche, contenant de l'albumine, des crochets, de la graisse, des cristaux d'hématoïdine et de cholestérine : les hydatides sont mortes (nécrose aseptique spontanée de Chauffard et Widal).

3° Liquide purulent (nécrose septique de Chauffard et Widal).

1° *Kystes et hydatides vivantes.* — Quatre méthodes ont été employées.

A. *Evacuation totale du kyste sans injection consécutive.* — Ce qui, en pareil cas, contribue à guérir le kyste, c'est l'irruption de bile provenant de canaux blessés par le trocart, Pour Laveran la bile tue rapidement les hydatides.

B. *Evacuation totale suivie d'injection parasiticide* (*Procédé de Hanot*). — Certains médecins ont, après évacuation complète du kyste, injecté de grandes quantités de solutions mercurielles, et malgré tout le soin de retirer tout le liquide injecté et l'irrigation terminale à l'eau salée, ils ont eu des accidents d'empoisonnement. Or il faut une petite quantité de sublimé pour tuer les hydatides, et Hanot s'est contenté d'injection, après évacuation complète du kyste, de 15 à 20 grammes de liqueur de Van Swieten.

Ce procédé paraît être celui qui conviendrait au plus grand nombre de cas.

C. *Evacuation partielle suivie d'injection parasiticide.* — C'est la méthode de Sennet-Bacelli.

Ce procédé paraît moins efficace que le précédent, il consiste a retirer une petite quantité de liquide du kyste, et à y substituer une égale quantité de liqueur de Van Swieten. L'inconvénient de cette méthode est d'exposer au suintement du liquide hydatique mercurialisé dans le péritoine, après l'ablation de l'aiguille capillaire, suintement que la méthode de Hanot permet d'éviter (Gailliard).

Gailliard ne l'admet que pour les *kystes intrathoraciques*, afin d'éviter un accident fort grave qui peut survenir à la suite de la ponction de ces kystes, la *congestion active du poumon.*

D. *Méthodes sanglantes. Extirpation ou incision large.* — Le danger des méthodes sanglantes est augmenté lorsque les kystes sont inclus dans le parenchyme au lieu d'être saillants à la surface. Sauf cependant dans certains kystes très volumineux, on ne peut compter sur l'atrophie.

2° *Kystes et hydatides mortes.* — Il ne s'agit plus ici de tuer les hydatides, mais de modifier les parois du kyste par des injections modificatrices et irritantes. Le sublimé, la teinture d'iode, l'eau naphtolée peuvent être essayés. Il ne faut cependant pas attendre trop de temps, et si l'atrophie de la tumeur ne paraît pas sensible au bout de quelques semaines, il faut ouvrir largement.

3° *Kystes suppurés.* — Debove, Juhel-Rénoy, Dujardin-Beaumetz, ont eu des succès avec les injections antiseptiques dans des kystes suppurés — nous croyons cependant que, dès que la suppuration est manifeste, l'incision pourra amener une guérison plus prompte.

III

Voici comment M. Gailliard résume les indications thérapeutiques des kystes hydatiques du foie :

1° Kyste intra abdominal, non suppuré, pas trop volumineux (4 litres environ), ponction évacuatrice à siccité, injection de 20 grammes de liqueur de Van Swieten ;

2° Même kyste, mais contenant uniquement des vésicules filles et pas de liquide : incision large, extirpation si c'est possible ;

3° Même kyste, mais très volumineux (plus de 4 litres) : incision large, excision partielle, extirpation si c'est possible ;

4° Kyste intrathoracique, non suppuré, contenant du liquide : ponction, évacuation de 20 centimètres cubes ; injection de 20 centimètres cubes de liqueur de Van Swieten ;

4° Même kyste, contenant uniquement des vésicules filles et pas de liquide : incision large avec ou sans résection costale ;

6° Kystes suppurés : incision large, excision, extirpation si c'est possible ;

7° Kystes multiples, kystes alvéolaires ; incision large, extirpation si c'est possible :

8° Kystes ouverts : incision large.

IV

Observation. — Mme D..., âgée de 38 ans, se présente à notre consultation de l'hôpital Saint-Jacques, se plaignant de douleurs assez vives dans la région du foie, ces

douleurs s'irradient dans le dos et l'épaule droite. Elle en fait remonter le début à un an et demi environ.

Cette femme ne présente rien à noter, tant au point de vue de ses antécédents héréditaires que personnels.

Au point de vue des troubles généraux elle se plaint d'inappétence, de dégoût pour certains aliments; entre autres les graisses.

Détail à noter : cette femme possède un petit chien qu'elle caresse beaucoup, et qui est constamment sur ses genoux.

En examinant la région dont se plaint la malade, on remarque une voussure qui descend à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde.

A la palpation, on détermine de la douleur dans toute la région hépatique, douleur qui s'irradie dans l'épaule droite.

La percussion nous donne une matité très nette au niveau de la voussure, qui nous paraît être le lobe gauche du foie hyperthrophié. Cette matité se continue avec le lode droit, qui, lui, ne dépasse pas les fausses côtes.

La percussion et l'auscultation de la poitrine ne nous donnent que des signes normaux.

Les autres organes paraissent sains, l'état général, à part les troubles digestifs, est resté bon.

L'examen de l'urine ne décèle rien d'anormal ni sucre, ni albumine, ni bile, ni urobiline. L'urée est en quantité voulue. La cellule hépatique paraît donc bien fonctionner.

Après avoir discuté et éliminé les différentes affections qui peuvent hypertrophier partiellement le foie, nous portâmes le diagnostic de kyste hydatique du lobe gauche du foie.

Ce kyste nous paraissant unique, nous décidâmes d'employer le traitement de Hanot : ponction puis injection de liqueur de Van Swieten et, en cas d'insuccès et de reproduction du liquide, l'ouverture large de la poche.

Le 15 mai, après les précautions antiseptiques d'usage, nous enfonçâmes l'aiguille n° 2 de l'aspirateur Potain dans la région la plus proéminante de la voussure. Immédiatement, un liquide clair, caractéristique, s'écoule dans notre aspirateur. Un litre sort ainsi. Quand tout le liquide nous paraît être évacué, ayant soin de ne pas imprimer de mouvements à notre aiguille, nous injectâmes dans la poche 20 grammes de liqueur de Van Swieten. Au moment de l'injection, la malade accuse une douleur assez vive. Le liquide est laissé dans le kyste. Nous retirons le trocart, appliquons sur la peau une couche de collodion iodoformé, et recommandons à la malade un repos absolu.

La douleur, accusée par la femme au moment de l'injection, persiste pendant vingt-quatre heures, puis disparaît pour ne plus revenir.

Le 22, sept jours après la ponction du kyste, un urticaire généralisé fit son apparition. Cette éruption ne dura que quelques heures.

Le liquide retiré du kyste ne contenait pas d'albumine, les hydatides étaient donc vivantes.

A la suite de cette petite intervention, les douleurs disparurent, l'appétit revint, et le foie reprit peu à peu son volume normal. La malade reprit son corset, ce qu'elle n'avait pu faire depuis un an.

Cette amélioration qui persiste depuis quatre mois, nous permet de conclure à la guérison.

Dr Crépel.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

ACALYPHA INDICA

L'*acalypha indica* est un médicament peu employé jusqu'à ce jour, qui nous a très bien réussi dans trois cas: chez un malade de l'hôpital St-Jacques atteint d'hémoptysie, qui avait résisté à nos médicaments habituels, et chez deux malades atteintes de métrorrhagie. Nous avons donné dans ces deux cas ce médicament par analogie, à cause de son action favorablement connue pour l'hémoptysie.

Une des femmes est atteinte de corps fibreux et s'approche de la ménaupose; l'arsenic, l'hydrastis, la sabine, l'hamamelis n'ayant pas amélioré une perte, peu abondante il est vrai à l'habitude, mais qui durait depuis plusieurs mois, l'acalypha en teinture mère, à la dose de VI gouttes par jour, en deux fois, arrêta très rapidement l'hémorrhagie; depuis un an, toutes les fois que les règles ont reparu et paraissaient vouloir durer, l'emploi du médicament les a fait rapidement cesser.

L'autre malade est une demoiselle de 35 ans, qui a toujours eu des règles fortes; elle a été prise en mars dernier d'une perte violente qui durait depuis trente jours lorsque je fus appelé et qui avait résisté à tous les moyens allopathiques employés jusqu'alors. Après avoir donné sans succès le thlaspi, la sabine, l'hamamelis, l'ipeca, devant un état qui paraissait menaçant, la malade étant devenue absolument exsangue et décolorée, se trouvant mal au moindre mouvement, j'eus recours à l'aca-

lypha (T. M.) VIII à X gouttes par jour; l'hémorrhagie diminua assez vite pour s'arrêter en quelques jours. L'acalypha a été repris depuis dès le 3e jour des époques et a paru les terminer rapidement. Entre les époques, l'arsenic à la 1re trituration et des injections de sérum artificiel ont amené une amélioration de l'état général ; la malade est en ce moment à Lons-le-Saulnier, à prendre des bains d'eaux-mères pour compléter cette amélioration.

Je me suis adressé à notre confrère de Calcutta, le Dr Mahendra La'l Circa'r, qui a bien voulu m'envoyer une provision de teinture d'acalypha préparée par lui.

J'ai trouvé dans le numéro de juillet du *Calcutta Journal of medecine* un article de notre savant confrère, rappelant toutes nos connaissances actuelles sur ce médicament. J'ai pensé qu'il serait utile à nos lecteurs de le connaître et j'en ai fait la traduction suivante :

Cette drogue a été employée [dans notre école contre l'hémoptysie depuis environ quarante ans. La première notice publiée sur elle en Angleterre, était du Dr Thomas, de Chester, dans une communication « sur l'emploi de l'hamamelis virginica et de l'acalypha indica ». Dans le *Monthly homœopathic Review* de décembre 1856, il en parle comme « d'une plante du Malabar, employée par les natifs dans la goutte et la syphilis » et rapporte l'extrait suivant d'une lettre que lui a adressée M. Mathew, pharmacien homœopathe de Philadelphie :

« Nous avons reçu ce médicament du Dr Payne, de Bath ou de Bangor, dans l'État du Maine (par l'entremise de la Société d'expérimentation de Philadelphie), à laquelle association il soumit le même médicament pour l'étude expérimentale des vertus médicales qu'on leur attribuait. Sa communication, qui accompagnait le médi-

cament, établissait qu'il l'avait reçu du Dr Tonnere, médecin de Calcutta, autrefois attaché à la marine française, mais établi depuis quatre ou cinq ans à Calcutta, où il avait une nombreuse clientèle; ce dernier disait que la teinture d'acalypha indica, préparée et administrée à la sixième dilution décimale était un spécifique des hémorrhagies du poumon. Dans trois cas dans lesquels je l'ai employé, les malades étaient atteints de phtisie. Dans un cas, il s'agissait d'une affection tuberculeuse de la portion supérieure du poumon gauche, durant depuis deux ans environ. L'hémoptysie avait commencé trois mois auparavant; l'expectoration avait été le matin du sang pur, le soir des caillots de sang brunâtres; les quintes de toux étaient très violentes la nuit. Tous les médicaments homœopathiques avaient été essayés sans succès, lorsque je découvris accidentellement les vertus de l'acalypha indica, qui m'avait été donné par un natif comme remède de la jaunisse. Je préparai la teinture mère suivant la méthode homœopathique et en pris dix gouttes, qui m'occasionnèrent une violente quinte de toux, suivie d'un crachement de sang. Ayant noté tous les symptômes produits sur moi, et trouvant qu'ils ressemblaient à ceux de mon malade, je lui donnai VI gouttes de la 6e dilution décimale dans un demi-verre d'eau, une cuillerée devant être prise chaque demi-heure en commençant immédiatement (9. h. du matin). A 6 heures du soir le sang s'arrêtait. Je continuai le médicament pendant huit jours, et le sang ne reparut pas (il y a trois mois depuis). Le malade va mieux, l'auscultation prouve que la maladie a diminué, et j'espère le guérir. Dans les deux autres cas, bien que les poumons soient dans une telle condition qu'il est impossible d'arriver à la guérison, depuis un

mois que j'ai donné le médicament, il n'y a pas eu de crachement de sang, quoiqu'antérieurement un des malades ne passait jamais un jour sans en cracher une grande quantité. Calcar. carb. est un antidote de l'acalypha. »

Le Dr Thomas rapporte qu'un médecin de ses amis, de l'autre côté de l'Atlantique, lui a écrit : « J'espère que vous obtiendrez quelque chose de l'acalypha indica lorsque vous l'aurez. Je l'ai trouvé très avantageux pour arrêter des hémoptysies dans trois cas de phtisie à la première période. Je n'ai pu observer aucun autre effet de son emploi, mais la cessation des crachements de sang est, je pense, un grand avantage. »

De sa propre expérience du médicament, le Dr Thomas dit : « Son emploi entre mes mains a été très satisfaisant, mais je ne l'ai employé que dans des cas analogues à ceux cités ci-dèssus. Pour le premier essai de son usage, dans un cas désespéré de phtisie, une hémoptysie continuelle et fatigante cessa après son administration et un sommeil tranquille lui succéda ; le malade mourut dans la suite de paralysie pulmonaire. Dans un cas d'hémorrhagie pas sive des poumons, après l'emploi d'arnica avec un petit bénéfice, l'acalypha réussit, puis cessa d'agir ; alors l'usage d'arnica arrêta le flux hémorrhagique. (Peut-être que l'hamamelis aurait guéri d'un seul coup.) »

La communication suivante sur le même sujet a paru dans l'*American homœopathic Review*, sous le titre d'Acalypha indica dans les hémorrhagies pulmonaires, par le Dr Holcombe, de Waterproof. Il en fut parlé dans le *Monthly homœopathic Review* de juillet 1860 ; ce que nous allons reproduire.

« Il y a environ trois mois, je fus appelé à voir un

nègre qui souffrait d'hémoptysies. Il avait été très exposé, un mois auparavant, lorsqu'il s'était sauvé de chez son maître et avait rôdé dans les bois et les hangars pendant une période de temps très froid pour cette latitude. Lorsqu'il rentra dans une habitation, il eut ce qui fut supposé une pneumonie, pour laquelle il fut traité extérieurement par des ventouses et des vésicatoires et à l'intérieur par l'aconit et le phosphore. L'homme s'était relevé et était sorti, mais restait faible et essoufflé, n'avait pas d'appétit, et crachait constamment à pleine bouche du sang liquide rouge. Il avait peu ou pas de douleurs dans la poitrine, peu ou pas de toux ; pas de sueurs nocturnes, mais un peu d'amaigrissement et le pouls remarquablement lent. Je prescrivis ipéca 3 et hamamelis 3 alternativement toutes les deux heures. Le lendemain la couleur rouge des expectorations pâlit et prit une teinte rouille foncé, mais le jour après elle était devenue aussi sanglante que jamais. Des râles crépitants s'entendaient à la moitié supérieure des deux poumons et il y avait une légère matité à la percussion.

« Je traitai ce cas pendant trois ou quatre semaines avec le plus grand soin, avec de hautes et de basses dilutions. Aconit, arnica, arsenicum, calcarea carb., crocus, china, digitalis, ipeca, kali bichrom., lachesis, hamamelis, secale, sepia, sulphur furent tous employés, de la teinture mère ou de la substance à la 200e atténuation, et même à la 1.000e et à la 2.000e ; et tout cela sans résultat. Les applications d'eau froide furent aussi inutiles que les irritations externes. En désespoir j'essayai quelques moyens allopathiques. Fortes purgations, doses nauséeuses d'antimoine, doses fortes de digitale, d'huile de foie de morue et de chaux, d'acide gallique, de térében-

thine, de sel de cuisine, et enfin des pilules d'opium, d'ipéca et de sucre de plomb (?) furent fidèlement employés mais sans faire quoi que ce soit sur la maladie. En même temps d'autres symptômes plus à craindre apparaissaient. Il avait une violente douleur constante dans la poitrine et une toux très fatigante. Le pouls était devenu rapide, de 100 à 120 pulsations, et l'expectoration de sang liquide plus profuse. La matité à la percussion avait beaucoup augmenté, l'amaigrissement aussi et le malade, persuadé qu'il était phthisique, était triste, désespéré et peu disposé à mourir. Son maître l'avait déterminé à essayer d'un changement d'air et de climat, lorsque je le persuadai de me l'envoyer chez moi où je pourrais lui donner des soins constants et d'une façon personnelle pendant quelque temps.

« Je commençai avec de très hautes atténuations, en persistant, une seule dose par jour, pendant plusieurs jours sans résultat. Les douleurs dans la poitrine, la toux nocturne et les expectorations sanglantes étaient effrayantes. Un matin, je tombai sur acalypha indica et mit XX gouttes de la 7^{e} dilution dans un verre d'eau, et lui en fis prendre une cuillerée toutes les deux heures. Le lendemain matin, à ma grande surprise, il me dit que l'hémorrhagie était complètement arrêtée et que la douleur et la toux avaient fortement diminué. Le lendemain matin suivant, la douleur, la toux et l'expectoration avaient complètement disparu et ne revinrent pas pendant les dix jours qui suivirent. L'homme se déclarait parfaitement bien, avait bon appétit, des sécrétions parfaites, etc. ; il marchait 5 milles, plutôt que d'attendre une voiture qui avait été envoyée pour lui. Il n'a eu au-

cun médicament depuis, sauf une dose de calcarea carb. 30, le jour où il me quitta.

« Si cela n'a pas été *propter hoc*, cela a été certainement un très curieux et très avantageux *post hoc*. Je suis très prudent pour faire le diagnostic, toutes les fois qu'il est possible, entre un retour à la santé et une cure. Nous donnons souvent au dernier remède employé l'avantage d'avoir fait ce qui a été réellement produit par les médicaments antérieurs, par le temps, la nature ou des circonstances favorables variées, quelquefois impossibles à apprécier. Dans mon scepticisme habituel sur les résultats de la médication, même homœopathique, je suis plus un disciple de Forbes que de Hahnemann. De quelque manière que j'étudie et analyse le cas ci-dessus, la conclusion me semble nécessaire que l'acalypha indica a produit une prompte et merveilleuse résolution de la maladie qui promet du moins d'être permanente. »

La troisième et, si nous ne nous trompons pas, la dernière indication d'expériences personnelles sur le médicament, a été publiée par M. Arthur Clifton, de Northampton, dans le *Monthly Homœopathic Review* de juillet 1868, où nous lisons :

« Le premier médicament que j'introduirai dans votre notice est l'acalypha indica. Son avantage dans les hémoptysies des phthisiques m'a été signalé il y a dix ou douze ans par le Dr Thomas, de Chester, qui, je crois, fut le premier à le prescrire en Angleterre. Je l'ai employé fréquemment lorsque les autres remèdes, qui m'avaient paru indiqués homœopathiquement, n'avaient pas réussi à arrêter l'hémorrhagie. Nous n'avons cependant aucune expérimentation sur lui. Je l'ai trouvé très avantageux dans les hémorrhagies pulmonaires actives de la deuxième

et de la troisième période de la phthisie. Les malades étaient de petite et délicate complexion, la toux n'était accompagnée que de peu d'expectoration, et l'hémorrhagie de sang artériel vif était précédée par une douleur brûlante dans la poitrine. J'ai vu ce symptôme soulagé par le médicament et l'hémorrhagie ne pas survenir. J'ai employé généralement la 6e dilution dans ces cas. Les hémoptysies peuvent être amenées par des états pathologiques divers, chacun demandant un spécifique approprié; mais lorsquelles tirent leur origine de la tuberculose des poumons, je ne connais pas de médicament qui puisse égaler *acalypha*. *China* est indiqué quand la perte de sang a été considérable, et qu'il y a une grande propension à rester étendu. *Hyosciamus* si, malgré le désir de rester couché, il y a impossibilité à cause de la toux. »

En outre, nous avons une observation par feu le Dr Charles Neidhart dans le *United States medical and surgical Journal*, vol. VIII, p. 146, dans laquelle on rapporte que le médicament a guéri une leucorrhée, quelquefois épaisse et quelquefois aqueuse, chez une malade atteinte de consomption.

Les matériaux précédents ont été arrangés sous forme de schéma par le Dr Hale dans ses *New Remedies* et par le Dr Hering dans ses *Guiding symptoms*, et l'industrieux Lilienthal dans sa *Homœopathic Thérapeutics* a donné les les indications suivantes du médicament dans les hémorrhagies pulmonaires : « Hémorrhagie, le matin d'un rouge brillant et pas très abondante, le soir foncée et en caillot; le pouls plutôt faible et compressible; le malade a une sensation de fatigue le matin et prend de la force à mesure que le jour avance. »

Nous avons rapporté tout ce que nous avons pu ren-

contrer dans la littérature de notre École sur l'emploi homœopathique de l'acalypha indica. Tout ce qui a été encore écrit sur ce médicament n'a été que la copie ou la répétition de ce que nous avons rapporté. L'emploi de cette drogue, ayant été basé sur une seule expérience fragmentaire faisant ressortir à la lettre un couple de symptômes des organes respiratoires, est naturellement très rare. Il est employé et ne peut être employé, en l'absence d'expérimentations ultérieures développant toute la puissance de la drogue, que comme une ressource ultime, lorsque les autres médicaments homœopathiques bien établis n'ont pas réussi. Il n'est pas peu singulier qu'aucun essai d'expérimentation n'ait pas été fait pour une drogue si importante, pas même par nos enthousiastes collègues américains. Nous n'en pouvons comprendre la raison, si ce n'est qu'étant une plante indigène de l'Inde, son approvisionnement en Europe et en Amérique a été faible. Cependant, s'il y avait eu de réelles demandes, nous sommes sûrs que l'approvisionnement aurait été beaucoup plus considérable. Nous avons essayé, depuis que nous avons été convaincu de la vérité de l'homœopathie, de faire des expérimentations des drogues indiennes, et quoique notre contrée soit un riche grenier d'abondance de drogues, l'apathie, l'indifférence et la timidité de nos compatriotes sont telles que nous n'avons pu présenter au monde une seule expérience sur une seule substance. Comme nous avons à peine espoir d'arriver un jour à le faire, nous serions heureux si nos confrères occidentaux voulaient prendre ce sujet en main. Nous ajouterons hardiment qu'il nous sera très agréable de fournir la quantité nécessaire de teinture-mère de plante fraîche à celui de nos confrères qui aura la bonté de nous écrire à ce sujet.

Nous allons rapporter ci-dessous toutes les informations que nous avons pu rassembler sur ses usages indigènes. Le rapport suivant sur sa composition chimique est tiré de la *Pharmacographia Indica* ou histoire des principales drogues d'origine végétale de l'Inde anglaise, par les Drs Dymock, Warden et Hooper, Part. V. L'analyse ne paraît pas avoir été complète, mais si loin qu'elle soit allée, elle prouve l'existence de deux principes dans les plantes, un amorphe, qui s'obtient par l'éther de pétrole et un autre cristallisé, qui se tire de l'extrait éthéré, que dernièrement les auteurs, le regardant probablement comme le principe actif, ont appelé *acalyphine*. En l'absence d'expérience physiologique avec ces principes, on ne connaît rien de défini sur eux et, par conséquent, on ne peut y attacher aucune importance thérapeutique.

« *Composition chimique.* — La plante entière d'*A. Indica* fut desséchée à une basse température, réduite en poudre et épuisée avec 80 p. 100 d'alcool. L'extrait alcoolique fut mélangé avec de l'eau, acidulé avec de l'acide sulfurique et agité avec de l'éther de pétrole et de l'éther; la solution fut ensuite rendue au calme et agitée avec de l'éther. Pendant l'agitation avec l'éther de pétrole, une quantité de matière formée se sépara, qui était en partie soluble dans l'éther et dans les alcalis et contenait beaucoup de matière colorante. L'extrait d'éther de pétrole était foncé et visqueux, il avait une odeur aromatique, mais ne laissa déposer aucun dépôt cristallisé; il était soluble dans l'alcool absolu, et par l'évaporation spontanée se détachait un peu de matière jaunâtre, qui n'avait aucune structure cristalline, au microscope. La solution alcoolique n'avait aucun goût. L'extrait éthéré était jaune et avait une odeur aromatique rappelant celle du thé, et devenant par le

repos indistinctement cristalline. Une partie dissoute dans l'eau chaude, la solution possède une réaction très acide et prend avec le perchlorure de fer une coloration d'un rouge sale ; elle en précipite par la gélatine, et ne donne aucune réaction avec le cyanure de potassium ; la partie non soluble dans l'eau était dissoute par l'ammoniaque, formant une solution jaune foncé avec une odeur comme camphrée, l'addition des acides donnant un précipité de flocons blanchâtres.

« L'extrait éthéré provenant de la solution aqueuse du début, après avoir été rendu alcalin, contenait un principe d'alcaloïde bien marqué, qui présentait après purification les réactions suivantes : avec le réactif de Fröhde, couleur rosée à froid, bleu sale en chauffant; avec l'acide sulfurique, rouge jaunâtre; aucune réaction avec l'acide sulfurique et le bichromate de potasse; avec le perchlorure de fer, avec l'acide nitrique, une coloration jaune; il n'était pas précipité par le chromate de potasse d'une solution aqueuse acidulée avec l'acide sulfurique; goût âpre, sans amertume. Nous proposons d'appeler provisoirement ce principe *acalyphine.* »

Le Dr Ainslie, dans sa *Materia Indica*, publiée en 1826, donne le passage suivant sur les usages de l'acalypha indica. « La racine, les feuilles et les pousses tendres de cette plante sont employées en médecine par les Hindous. La poudre des feuilles sèches est donnée aux enfants contre les vers, ainsi qu'une décoction de feuilles avec un peu d'ail. Le suc de la même partie de la plante, mêlé à celui des pousses tendres, est quelquefois mélangé avec une petite quantité d'huile de Margosa et on en frotte la langue des enfants dans le but de les faire vomir et de nettoyer leur estomac de phlegmes visqueux. Les *Hakeems*

prescrivent le koopamaynie (autre nom de la plante) dans la consomption. Il paraîtrait, d'après un rapport de Rheede sur cette plante, que, sur la côte de Malabar, la racine est considérée comme purgative. »

Le Dr Waring a donné les remarques suivantes d'après le Dr George Bidie, dans sa *Pharmacopœia of India*, publiée en 1868 : « Le suc exprimé des feuilles a une grande réputation, partout où la plante pousse, comme un émétique pour les enfants et son action est sans danger, certaine et prompte. Comme l'ipéca, il semble avoir une légère tendance à agir sur les intestins ou à déprimer les forces vitales; et il augmente certainement la sécrétion des organes pulmonaires. Il est probable qu'une infusion des feuilles desséchées ou qu'un extrait préparé avec la plante verte doit en conserver tous les principes actifs. La dose du suc exprimé est d'une cuillerée à thé pour un enfant. » Il donne aussi l'expérience du Dr Ross sur cette plante, dont il dit beaucoup de bien comme expectorant, la rangeant avec le sénéga et la trouvant particulièrement utile dans la bronchite des enfants. Le Dr Ross parle aussi favorablement d'un cataplasme de feuilles en application locale sur les ulcères syphilitiques; et aussi comme un moyen de calmer les douleurs et l'irritation qui suit les morsures des insectes venimeux; son opinion est confirmée en cela par le chirurgien Ruthnam T. Mudelliar, de Chinigleput, Madras.

D'après le Dr Savinge, de Rajunudry, Godavery district, il est très employé par les médecins mahométans dans le premier stade de la manie aiguë : environ une once de suc frais, où on fait dissoudre 6 grains de sel commun, introduite dans les deux narines le matin, suivi de douches froides, agit très favorablement. Le Dr Savinge, lui-

même, s'en est servi comme d'antihelmintique et laxatif.

Le Dr Langley, de Bombay, l'a employé avec avantage dans l'asthme et la bronchite. Il dit que la poudre de feuilles sèches est employée dans les eschares au sacrum et les blessures attaquées par les vers. Extérieurement, d'après le Dr John Lancaster, on se sert du jus des feuilles fraîches mêlé à la chaux en application dans les affections rhumatismales douloureuses; d'après le Dr Ratton, il est employé contre la gale et la teigne.

Dans la constipation obstinée, surtout chez les enfants, on a trouvé que de petites boulettes faites avec des feuilles fraîches écrasées et introduites dans le rectum étaient très efficaces pour amener l'évacuation de selles dures et en scybales. Il a été trouvé efficace, employé ainsi, pour améliorer la congestion des poumons et des bronches et même du cerveau. Dans un cas récent de fièvre rémittente lente chez un enfant avec symptômes cérébraux, les autres remèdes allopathiques et homœopathiques ayant échoué, un suppositoire d'acalypha indica, administré par le grand-père de l'enfant, qui est un kaviraj, non seulement débarrassa les intestins, mais aussi bien le cerveau, et changea si merveilleusement la marche de la maladie que l'enfant fut guéri en deux jours sans aucune autre médication.

Nous avons connu un enfant chez lequel il détermina une jaunisse fatale, ayant été administré sous forme de suc de feuille pour soulager la toux. Les symptômes de jaunisse survinrent le jour même où le médicament fut donné, et l'enfant mourut le 3e ou le 4e jour ; une tympanite violente, une grande dyspnée et le coma biliaire furent les symptômes. Ce fait montra que l'acalypha indica n'est pas toujours le médicament innocent qu'on suppose

généralement, qu'employé à contre temps ou donné à dose impropre, il peut devenir dangereux.

Il paraît en résulter que l'acalypha indica exerce une action puissante sur le canal alimentaire et sur les voies respiratoires. Son action sur le premier, autant qu'on peut en être certain, est d'avoir en même temps un effet émétique et un effet cathartique. Son action cathartique se produit quelquefois avec expulsion de vers, lorsqu'il en existe. Son action sur le foie, si on peut juger du simple cas que nous avons cité, peut être très puissante, amenant la suppression de la sécrétion et le développement consécutif de gaz intestinaux. Son action sur l'arbre respiratoire, si on peut juger d'après son emploi empirique, est celle d'un expectorant. Mais l'expérimentation si courte du Dr Tonnere, avec une seule dose, met en évidence que cette action est plus puissante que celle d'un simple expectorant. Elle s'est montrée dans cette expérimentation, non seulement comme un irritant puissant de la muqueuse respiratoire ou des nerfs qui l'animent, en produisant une toux sèche, incessante et déchirante, mais aussi comme ayant une action très marquée sur les vaisseaux sanguins et peut-être sur le sang lui-même, au point de produire l'hémorrhagie.

Les grands succès qu'ont produits son emploi homœopathique dans l'hémoptysie, ses nombreux usages empiriques dans ce pays, qui ont quelquefois été suivis de succès, quelquefois comme nous avons vu, dangereux, même pour la vie, montrent combien il mériterait une expérimentation complète, pour connaître toutes ses actions pathogénétiques. Et nous sommes persuadés qu'en se guidant sur la loi des semblables on l'emploierait beaucoup plus, avec plus de succès, et en craignant moins son action toxique.

Nous dirons en outre à nos lecteurs que cette plante importante est de la famille des acalyphées, de l'ordre des euphorbiacées. Elle pousse comme une herbe très commune dans les plaines de l'Inde, poussant d'une manière gênante dans les jardins, et particulièrement luxuriante pendant la saison pluvieuse. Elle est appelée au Bengale *Muktajhuri* ou *Muktavarshi*, quelquefois *Shwet-vasanta*, dans le sud de l'Inde, *Kuppi*, *Kuppameni* ou *Khokli*. Dans Ainslie nous trouvons comme nom sanscrit *Arittamunjayrie*, qui serait plus correctement écrit *Haritamunjari*. Mais nous n'avons pu trouver ce mot dans aucun lexique sanscrit, ni la plante mentionnée dans aucun travail médical sanscrit.

Nous terminerons en donnant les caractères botaniques de la plante, d'après la *Flora Indica* de Roxburgh.

Plante annuelle, très commune partout, surtout dans les jardins où elle fleurit toute l'année.

Tige élevée, de un à deux pieds de haut, rameuse, arrondie, lisse. *Feuilles* clairsemées, pétiolées, ovales, à trois nervures, dentelées, lisses, de deux pouces de long environ, de un et demi de large. *Pétioles* aussi longs que les feuilles. *Stipules* petits, subulés. *Epi* axillaire, ordinairement unique, pédunculé, dressé, aussi long que les feuilles, très fleuri, en couronne, avec un tronc en forme de croix dont la base est entourée d'un calice de trois feuilles ; les bras de la croix sont tubulaires avec leurs orifices frangés ; de la base de la croix d'un côté part un filet en forme de style, avec un stigmate frangé. Le tronc de la croix contient une substance ovale en forme de graine. Les *fleurs mâles* nombreuses, rassemblées autour de la partie supérieure de l'épi, ont un *calice* à quatre feuilles, folioles cordées. Les *filets* des étamines sont tel-

lements petits qu'on ne peut en compter le nombre. Les *fleurs femelles*, au-dessous des mâles éloignées. L'*involucre* en forme de coupe, avec une ouverture sur le côté intérieur, strié, lisse, dentelé, de deux à quatre fleurs. *Calice* à trois feuilles.

Nous pensons que ces renseignements pourront engager à essayer plus souvent l'acalypha indica dans la thérapeutique courante.

D^r Marc Jousset.

REVUE DE SÉROTHÉRAPIE

I. Le sérum antistreptococcique. — II. Prophylaxie de la diphtérie par le sérum sanguin de sujets réfractaires a la maladie. — III. Résultats de la sérothérapie de la diphtérie.

I.— Le sérum antistreptococcique

La sérumthérapie a pris de nos jours une telle importance que nous nous faisons un devoir de tenir nos lecteurs au courant de tous les travaux qui paraissent sur ce point de thérapeutique. Nous ajouterons, et tout le monde nous comprendra, que nous avons pour la sérumthérapie une véritable complaisance. Cette médication nous repose de toutes les insanités du galénisme et de l'allopathie. Nous retrouvons ici, à la fois, et la loi de similitude et les doses infinitésimales et le culte de la méthode expérimentale qui caractérisent la réforme de Hahnemann.

Au début de ses recherches, le D^r Marmorek s'est trouvé en face de vraies difficultés. La forme du streptocoque est essentiellement variable. Habituellement en chaînette

de 5 à 6 grains, il se montre quelquefois sous forme de diplocoque, ses grains sont tantôt petits, tantôt très gros.

Non seulement le streptocoque offre de grandes variétés dans sa forme mais il en présente de plus grandes encore dans ses effets. « Des streptocoques qui ont le même aspect au microscope et dans les cultures, inoculés de la même façon à des animaux sensibles (souris, lapins), amèneront tantôt une infection générale, rapidement mortelle, tantôt une lésion locale peu étendue, ou même parfois se montreront inoffensifs. Bien plus, un streptocoque qui a fait périr un homme ne produit souvent chez l'animal qu'une maladie insignifiante. » (*Annales de Pasteur*, juillet 1895, p. 594.)

M. le Dr Marmorek explique cette variabilité dans la forme et cette variabilité dans la virulence par la perte aussi rapide que facile de la faculté pathogène des streptocoques dans le bouillon de culture ordinaire; et il a cherché un terrain favorable, une composition qui conserve au microbe toute sa virulence. En même temps, notre auteur exaltait cette virulence par le passage du microbe à travers certains organismes.

Le sérum du sang humain, et à son défaut le liquide de l'ascite et de la pleurésie mélangé à une certaine proportion de bouillon (une partie de liquide ascitique et deux parties de bouillon), constitue un milieu de culture excellent et dans lequel le streptocoque conserve indéfiniment sa virulence.

Le sérum de l'âne, du mulet et du cheval peut aussi, mélangé au bouillon, servir à la culture du streptocoque.

Pour augmenter la virulence du streptocoque M. Marmorek emploie la méthode de Pasteur; il inocule à un animal sensible, à une souris, une dose de streptocoque

capable de la tuer, puis il inocule le sang de cette souris à une autre et ainsi de suite. Il obtient ainsi un microbe d'une virulence telle qu'une culture diluée dans de l'eau peut tuer les animaux à la dose *d'un cent-milliardième de centimètre cube !*

Pour conserver cette virulence excessive, il faut cultiver les streptocoques dans du sérum additionné de bouillon comme nous l'avons dit.

Afin d'arriver à utiliser les propriétés thérapeutiques des cultures streptococciques M. le Dr Marmorck a, à l'exemple du Dr Roux, vacciné de grands animaux.

L'âne et le cheval ont été les animaux employés. Le cheval est plus résistant que l'âne. Les injections doivent être graduées avec une grande prudence parce qu'elles produisent une réaction fébrile énorme et des œdèmes étendus qui sont très longtemps à se dissiper. Le Dr Marmorek considère ces réactions violentes comme nécessaires pour obtenir un bon sérum. Cinq mois ont été nécessaires pour donner au sérum d'une ânesse toutes les vertus curatives et un an pour un cheval. Il ne faut pas utiliser le sang des animaux immunisés trop tôt après la dernière inoculation parce que le *sang est toxique.* Il est convenable d'attendre au moins quatre semaines après la dernière inoculation.

Ce sérum a été employé dans le traitement de l'érysipèle, de la fièvre puerpérale, de la pyohémie post-opératoire, du phlegmon à streptocoque pur et de l'angine diphthéritique à streptocoque.

Les effets thérapeutiques obtenus ont été fort remarquables et sont fort encourageants.

La *dose* injectée a été habituellement de 10 centimètres cubes, quelquefois de 20 centimètres, d'autres fois de 5 cen-

timètres. On réitère l'injection si la fièvre n'est pas tombée au bout de vingt-quatre heures.

Les inconvénients de ces injections de sérum sont des éruptions ortiées avec fièvre et du purpura sans fièvre. Dans les cas où le sérum avait été pris avant la quatrième semaine après la dernière inoculation faite au cheval on a observé des abcès. Le pus de ces abcès contenait des streptocoques, d'où venaient-ils ? Le Dr Marmorek pensa qu'ils avaient été introduits par les doigts des malades.

Règle générale, le sérum agit d'autant mieux qu'on l'administre plus tôt. C'est comme pour le sérum de Roux.

Le Dr Marmorek insiste sur un point fort important, c'est que le sérum antistreptococcique n'agit que dans les maladies produites par le streptocoque. Ainsi dans la fièvre puerpérale avec *bacillum coli*, le sérum agit très mal. Sur sept cas de fièvre puerpérale à streptocoque seul, il n'y a pas eu de mort, dans trois cas où le bactérium coli était associé au streptocoque, il y a eu trois morts.

Dans le traitement des angines diphthéritiques, il est bon d'associer le sérum du bacille de Lœffler avec le sérum du streptocoque. M. Marmorek, a préparé des chevaux vaccinés avec les deux sérums.

Ce travail nous suggère quelques réflexions.

Le sérum qui guérit est encore *toxique*, c'est-à-dire qu'il peut produire des abcès à streptocoque, trois semaines après la dernière injection de culture vivante de streptocoque au cheval, et huit jours après le même sérum est curatif.

Que contenait le sérum, trois semaines après la dernière inoculation pour être toxique, et que contient-il huit jours plus tard pour être curatif ?

Le sérum de trois semaines encore toxique ne contient pas de streptocoque, M. Marmorek s'en est assuré; donc il doit son action à la toxine du streptocoque. Mais le sérum pris quatre semaines après la dernière inoculation du cheval ne contient ni streptocoque, ni toxine; que contient-il? Une *antitoxine?* C'est bientôt dit, mais ce n'est pas là une réponse. La toxine s'est éliminée; c'est une loi pour tous les vaccins; mais a-t-elle été remplacée par une substance antitoxique. C'est une affirmation sans preuve. Le fait, c'est que ce sérum a des propriétés laxatives incontestables et qu'aucune substance isolable et définie ne peut expliquer cette propriété.

L'histoire des vaccins peut jeter une certaine lumière sur ce fait. Le vaccin n'est efficace qu'après le quatrième jour et principalement après le quatorzième jour, quand toute la matière vaccinale a été éliminée (Bouchard). Qu'est ce qui reste alors pour expliquer l'immunité dont jouit le vacciné immunisé, qui peut durer des années? Ce n'est ni une matière *empêchante* qui s'oppose au développement de la maladie, ce n'est pas non plus la destruction d'une matière existant dans l'organisme avant le vaccin et nécessaire à cette maladie.

Qu'est-ce qui reste donc dans un organisme immunisé par la vaccination? Il reste une modification de l'organisme qui le rend réfractaire à la maladie contre laquelle il est vacciné; pour un temps plus ou moins long, le vacciné jouit d'un état semblable à l'immunité naturelle.

Le sérum curatif est comme le sérum des vaccinés, il ne contient rien, ni toxine, ni antitoxine, mais il participe à l'immunité dont jouit l'animal qui produit le sérum et il communique cette immunité à l'animal malade auquel on l'injecte. C'est pour cette raison que les sérums médi-

caments agissent toujours comme préventifs et n'ont d'action curative que s'ils sont administrés au début de la maladie; quelques-uns même, comme le sérum antitétanique, n'a qu'une action préventive.

D^r^ P. Jousset.

Nous trouvons dans une communication de M. Roger faite au Congrès de médecine de Bordeaux, le 12 août 1895, le mode de préparation qu'il emploie pour produire le sérum antistreptococcique et une série d'expériences tendant à démontrer comment agit ce sérum.

Voici d'abord le mode de préparation : « Une culture de streptocoque dans du bouillon de huit à dix jours est évaporée au bain-marie ; réduite au sixième du volume primitif, elle est chauffée à l'autoclave à 115 degrés; on introduit chaque fois 50 centimètres cubes du liquide ainsi obtenu, soit 300 centimètres cubes de la culture. Quand l'animal a reçu 8 à 10 injections, on peut considérer la vaccination comme achevée ; et, huit à quinze jours plus tard, on pratique une saignée; puis, pour empêcher les propriétés thérapeutiques de s'affaiblir, on continue à faire, une fois par semaine, une nouvelle injection de cultures stérilisées. Dans ces conditions, le sérum se maintient fort efficace, si on a le soin de ne pas pratiquer des saignées trop fréquentes ; les prises de sang doivent être espacées de deux mois environ, sinon l'action favorable diminue ou même disparaît. » L'animal employé par le D^r^ Roger est le mulet.

Doit-on attribuer l'effet du sérum à une action bactéricide des humeurs ou à une action phagocytaire? C'est à la première théorie que se rattache le D^r^ Roger, quoique ses premières expériences paraissaient l'amener à la con-

clusion contraire. Il avait établi que le développement des streptocoques se faisait aussi facilement dans le sérum des animaux vaccinés, que dans le sérum des animaux neufs. Il a reconnu depuis que les propriétés pathogènes des streptocoques différaient beaucoup dans les deux cas : « les microbes provenant du sérum des vaccinés sont beaucoup moins virulents que ceux qui ont poussé dans le sérum des animaux neufs ; injectés sous la peau, ils produisent une lésion légère, rapidement curable, tandis que les cultures dans le sérum des animaux neufs provoquent un violent érysipèle, souvent mortel. Les différences sont semblables quand on pratique des inoculations par la voie intraveineuse. Suivant la virulence du germe originel et l'état d'immunité de l'animal qui fournit le sérum, on verra la culture provoquer une maladie chronique ou ne produire aucun trouble appréciable, alors que les témoins succombent en quelques jours. »

On objectait qu'en agissant ainsi le Dr Roger injectait des microbes virulents au même degré, mais que l'animal, qui recevait le microbe cultivé dans le sérum des vaccinés, recevait en même temps une certaine quantité de ce sérum qui renforçait ainsi la résistance de l'organisme, lui permettait de réagir et qu'il n'y avait pas à proprement parler une action directe du sérum des vaccinés sur les propriétés pathogènes du microbe. Pour répondre à cette objection. le Dr Roger a institué l'expérience suivante : « J'injecte dans les veines de deux lapins quelques gouttes d'une culture de streptocoque développé dans du sérum normal et, en même temps, un ou deux centimètres cubes du sérum d'un lapin vacciné : un des animaux reçoit les deux liquides séparément, c'est-à-dire soit successivement l'un après l'autre, soit simultané-

ment par deux veines différentes ; chez le deuxième animal, les deux liquides sont introduits ensemble, après avoir été mélangés ; dans ce dernier cas, la mort est toujours plus tardive, parfois même il ne se produit aucun trouble notable. Il est bien évident que la survie devrait être la même chez les deux animaux, si le sérum agissait en augmentant la résistance de l'organisme infecté ; puisqu'il n'en est pas ainsi, il faut donc admettre que le sérum de l'animal vacciné agit sur le streptocoque, qu'il le dépouille d'une partie de sa virulence. Cette action est presque instantanée : il suffit d'un contact de quelques secondes pour que l'agent pathogène soit atténué.

Voulant savoir si l'action bactéricide est une propriété du sérum seul ou si elle existe dans le sang même de l'animal vacciné, le Dr Roger a reproduit ces dernières expériences en se servant du sang des animaux vaccinés au lieu de se servir du sérum et le résultat a été identique. « Les témoins meurent les premiers, en trois ou quatre jours ; les animaux qui ont reçu séparément la culture et le sang succombent un ou deux jours plus tard ; ceux qui ont reçu le mélange de sang et de culture survivent de huit à quinze jours : l'un d'eux résista même vingt jours, et, bien que l'injection eût été faite dans les veines, fut atteint d'un érysipèle assez intense au niveau de l'oreille. »

II. Prophylaxie de la diphtérie par le sérum sanguin des sujets réfractaires a la maladie.

M. Wassermann (1), s'appuyant sur ce qu'un certain nombre de sujets ne contractent pas la diphtérie même

(1) *Zeitsch. f. Hyg.* Infectionsks., XIX, 3.

lorsqu'ils sont exposés à la contagion, a fait des recherches sur le pouvoir prophylactique du sérum sanguin humain. Il existe une prédisposition à certaines maladies, prédisposition qui est encore quelque chose de vague, d'inexplicable.

Il résulte de statistiques de Flügge, « qu'à Breslau, sur 1.000 enfants vivants, âgés de cinq à six ans, 29, 40 sont atteints annuellement de la diphtérie, tandis que cette proportion tombe pour la dixième année à 4,37 et pour la vingtième à 0,72 ».

Pensant que sur ceux qui échappent à la contagion, un certain nombre y a été exposé, M. Wassermann en conclut qu'il existe chez un certain nombre de sujets un état particulier qui les rend réfractaires à la diphthérie.

« C'est pour chercher à résoudre cette question que M. Wassermann a étudié l'état bactéricide du sérum sanguin d'enfants et d'adultes n'ayant jamais été atteints soit de diphtérie, soit de toute autre affection pharyngée. Une dose de virus diphtérique, représentant 0 gr. 40, c'est-à-dire une quantité dix fois plus considérable que la dose nécessaire pour tuer un cobaye en trente à quarante-huit heures, fut mélangée à 1 centimètre cube de sérum sanguin et inoculée à un animal mis en expérience.

Sur 17 enfants, de l'âge de un an et demi à onze ans, dont la puissance antitoxique du sérum fut examinée de la sorte, 11 fois ce liquide possédait un pouvoir antitoxique indéniable; l'animal injecté restait gai, alerte, en bonne santé; 6 fois il se montra incapable d'empêcher l'intoxication de se produire, quoique dans 2 cas cependant la mort de l'animal inoculé fut retardée.

Le sérum sanguin de 34 sujets adultes examinés dans les mêmes conditions se montra efficace pour neutraliser le virus diphtérique dans 28 cas.

Si l'on veut déterminer le pouvoir antitoxique du sérum on peut faire le calcul suivant : un homme adulte, du poids de 60 kilogrammes, a 4 kilogrammes de sang, soit 2.000 centimètres cubes de sérum; or, si 1 centimètre cube de sérum neutralise une dose de virus dix fois plus considérable que la dose mortelle, cela veut dire que la puissance antitoxique de ce sérum est de 1/10^{e}, autrement dit que le sang de ce sujet contient 200 centimètres cubes d'antitoxine produite au fur et à mesure par son organisme.

Est-ce à cette puissance antitoxique de leur sérum que certains sujets doivent leur immunité à l'égard de la diphtérie? Il est difficile de l'affirmer, quoiqu'il soit permis de supposer que c'est là un des principaux facteurs de cet état réfractaire.

En tous cas, non seulement l'expérimentation, mais l'expérience clinique montre que les enfants réfractaires à la diphtérie se rencontrent assez fréquemment ; Feer et Flügge, qui ont étudié la question en se basant sur un très grand nombre de faits, ont fait la remarque que dans une même famille avec nombreux enfants, s'il est fréquent de voir survenir 2 cas de diphtérie, il est beaucoup plus rare d'en voir 3, très exceptionnel d'en observer 4, tandis qu'il est chose assez commune de voir tous les enfants d'une même famille être successivement atteints de rougeole ou de coqueluche. » (*Semaine médicale*, 18 septembre.)

Ces recherches sont intéressantes pour nous au point de vue de la question de la prédisposition, que nous avons toujours admise et qui était enseignée par le D^{r} Tessier sous le nom de prédisposition définie.

Nous trouvons là deux faits d'expérience : le premier, que la prédisposition à la diphtérie diminue en avançant

en âge; le second que l'état réfractaire s'accompagne d'une propriété antidiphtérique spéciale du sérum sanguin, propriété qui pourrait probablement devenir curative, mais dont il est difficile de se servir dans la pratique ordinaire.

III. Résultats de la sérothérapie de la diphthérie.

Nous empruntons (1) à une communication de M. Eulenburg, à la Société de Médecine interne de Berlin, (15 juillet 1895), un certain nombre de chiffres statistiques sur les résultats du traitement de la diphtérie avec ou sans le sérum, résultats provenant de la même période de temps, c'est-à-dire parfaitement comparables. Il s'agit de malades traités pour la diphthérie du 1er octobre 1894 au 31 mars 1895.

« Sur 10.240 cas de diphtérie, 5.790 ont été traités au moyen de sérum antitoxique et 4.450 par d'autres méthodes.

Sur les 5.790 premiers malades il y a eu 552 morts, c'est-à-dire 9,5 0/0; sur les 4.450 diphtériques du second groupe, 652 ont succombé, soit 14,6 0/0. Plusieurs médecins ont signalé d'une façon formelle dans leurs rapports que les cas qui ont été traités au moyen du sérum présentaient tous une très grande gravité.

La mortalité des cas traités par le sérum est de 2,2 0/0 plus faible que la mortalité moyenne, qui est de 11,7 0/0; elle est de 5,1 0/0 plus faible que la mortalité des cas traités sans le secours du sérum.

A la vérité, la mortalité des cas qui n'ont pas été traités par le sérum est peu élevée, mais ce fait est dû à ce

(1) *Semaine médicale*, 24 juillet 1895.

que l'épidémie de diphtérie de l'hiver dernier a été assez bénigne. D'autres observations corroborent ce fait, en particulier celles du Dr Kurth (de Brême), qui n'a eu qu'une mortalité de 6,8 0/0 chez des traités au moyen du sérum, tandis que chez les autres cette mortalité a été de 24 0/0.

Au point de vue de l'âge, nous avons réparti les malades en trois groupes : 1° les enfants de 1 à 2 ans; 2° les enfants de 2 à 10 ans; 3° les malades ayant plus de 10 ans.

La mortalité des enfants âgés de moins de 2 ans et traités par le sérum a été de 21,7 0/0; celle des enfants du même âge, mais traités sans le sérum antitoxique, de 39,5 0/0. Les chiffres correspondants pour le second groupe (enfants de 2 à 10 ans), sont de 8,8 0/0 et de 15,2 0/0. Enfin chez les malades âgés de plus de 10 ans, la mortalité des cas traités par le sérum a été de 4,1 0/0 et celle des cas traités sans sérum de 3,8 0/0. D'une façon générale, la mortalité des enfants d'un certain âge et des adultes a été très faible pendant cette dernière épidémie.

Notre enquête prouve encore que les résultats du traitement par le sérum antitoxique sont d'autant plus favorables que l'institution de ce traitement est plus hâtive.

La mortalité totale des sujets traités par le sérum le premier et le second jour de la maladie est de 4,2 0/0; par contre, celle des sujets qui n'ont été injectés que le troisième jour de l'affection ou même plus tard est de 16,8 0/0. Cette différence est encore plus accentuée lorsqu'on ne fait porter cette statistique que sur les enfants âgés de moins de 2 ans. Dr Marc Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. SUR LA TOXICITÉ DE L'ALCOOL. — II. DE LA VALEUR HYPNOTIQUE DU TRIONAL CHEZ LES ENFANTS. — III. DE LA PROPHYLAXIE DES ACCIDENTS PALUDIQUES DANS LES COLONIES.

Séance du 27 avril. — M. Colin (d'Alfort) étudie à nouveau la question de la toxicité de l'alcool et se propose de démontrer que les expériences faites jusqu'ici ont été très défectueuses et ne peuvent conduire au but à atteindre. Il rappelle qu'il y a quarante ans un savant consciencieux, M. Lassaigne, professeur de chimie à l'Ecole d'Alfort, entreprenait des expériences pour isoler les agents toxiques qu'il croyait devoir exister dans les alcools de grains avariés, de pommes de terre et de betteraves gâtées, devenues impropres à l'extraction de la fécule ou à l'extraction du sucre.

M. Lassaigne, en soumettant de grandes quantités d'alcools de provenance suspecte à des évaporations prolongées et à des distillations successives, obtenait des résidus encore liquides, jaunâtres, brunâtres, fétides, de saveur désagréable. Aidé de M. Colin, il fit des expériences sur les animaux. Prenant les liquides fétides récemment obtenus, ils en firent tomber dans la bouche de chiens et d'autres petits animaux en gouttes à l'aide d'une baguette de verre, gouttes séparées et exactement comptées. Quelques secondes après, ces animaux en expériences éprouvaient de violentes convulsions, secouaient la tête, sali-

vaient abondamment, battaient des flancs, poussaient des gémissements ou des cris.

Ces expériences ne furent pas publiées. M. Colin continue en critiquant les expériences qui ont été faites récemment et qui avaient pour but de démontrer que les cognacs et les liqueurs les plus réputées contenaient autant de principes nuisibles, sinon plus,que l'eau-de-vie vendue à bon marché chez les débitants. Pour lui, ces expériences semblent pécher par plusieurs côtés.

Il fallait se mettre dans les conditions ordinaires et donner l'alcool aux animaux par l'estomac et non par les veines et le tissu cellulaire.

Si on donne le poison par le tissu cellulaire ou par les veines, on n'arrive jamais à déterminer la dose qui tue dans les conditions ordinaires, car des doses infinitésimales pourront produire des effets équivalents à ceux des doses massives introduites dans l'estomac.

Tandis que l'administration par les voies digestives fera voir l'action des toxiques sur le sens du goût, sur les glandes salivaires, elle montrera la muqueuse de l'estomac congestionnée ou anémiée, la sécrétion du suc gastrique suractivée ou suspendue, les contractions du viscère accélérées ou ralenties, etc.

Séance du 8 septembre. — M. Moncorvo communique une note sur la valeur hypnotique du trional chez les enfants.

M. Moncorvo administre ce médicament à la dose de 20 à 25 centigrammes avant le coucher, dans les cas de fièvre éruptive où l'insomnie est si commune.

Dans l'excitation cérébrale due aux accès pernicieux du paludisme, le trional fut avantageusement utilisé comme adjuvant au traitement spécifique. Dans deux cas de mé-

ningite tuberculeuse, l'apaisement cérébral amené par cet hypnotique fut, dit M. Moncorvo, étonnant. Ces enfants présentant les signes classiques de la tuberculose méningée, étaient en proie à une excitation cérébrale fort accusée, ils s'agitaient à tout instant, étaient pris de secousses musculaires, poussaient des cris perçants et avaient des nuits blanches. Sous l'influence du trional ces petits malades purent reposer d'un sommeil paisible pendant plusieurs heures.

Ce médicament n'aurait eu, entre les mains de M. Moncorvo, aucun inconvénient, même prolongé pendant plusieurs septénaires.

Séance du **24** *septembre.* — M. Henrot (de Reims) traite de la prophylaxie des accidents paludiques dans les colonies.

Il suffirait, d'après lui, de s'opposer à la pénétration des germes dans les voies respiratoires. Pour cela, M. Henrot, mettant en avant les expériences de Pasteur, sur la propriété du coton d'arrêter les germes, conseille de donner aux soldats du corps expéditionnaire de Madagascar, un masque en toile métallique, doublé de coton.

M. Laveran fait observer que si nous connaissons les parasites du paludisme, nous ne savons pas encore sous quelle forme ni par quelle voie ces parasites s'introduisent dans le sang où ils vivent. Il est bien probable, dit-il, que l'introduction a lieu en général par les voies respiratoires, mais un grand nombre de faits tendent à démontrer que l'infection peut se faire aussi par les voies digestives; l'ingestion des eaux marécageuses est dangereuse et il paraît bien établi qu'on réussit à se préserver des fièvres, dans une certaine mesure, en ne faisant usage, pour la boisson, que d'eau filtrée avec soin ou bouillie. M. Lave-

ran a émis aussi l'hypothèse que les moustiques qui abondent dans toutes les localités palustres jouaient un rôle dans la transmission du paludisme comme dans celle de la filariose.

Il n'est donc pas absolument certain qu'en filtrant l'air à son entrée dans les voies respiratoires on se mettrait à l'abri du paludisme.

Il serait d'ailleurs assez difficile de faire accepter à nos soldats l'appareil préconisé par M. Henrot, qui, en dehors de l'aspect singulier qu'il leur donnerait, gênerait fortement la respiration.

Les mesures les plus efficaces pour la prophylaxie du paludisme sont, pour M. Laveran :

1° De choisir une saison favorable pour le débarquement des troupes et de traverser aussi vite que possible les zones dans lesquelles le paludisme règne avec le plus d'intensité ;

2° De ne jamais faire remuer la terre par des soldats européens, employer pour les travaux de terrassement indispensables les nègres qui jouissent d'une immunité incomplète mais très réelle pour le paludisme.

3° De n'employer dans les expéditions qui se font dans les pays chauds que des hommes âgés de 25 ans au moins.

4° Les grandes fatigues doivent être évitées au soldat en campagne dans les pays chauds. Dans les dernières expéditions faites par les Anglais, chaque soldat européen avait à sa disposition un indigène pour porter son sac et pour l'aider à préparer son campement et ses aliments; l'*Européen doit être exclusivement un combattant*, ajoute M. Laveran.

5° Lorsqu'on ne peut pas se procurer de l'eau de très

bonne qualité, l'eau doit être filtrée ou bouillie. On distribuera une infusion légère de thé ou de café.

L'alimentation doit être riche et de très bonne qualité.

Les boissons alcooliques seront absolument proscrites.

6° Des faits nombreux démontrent que l'administration préventive de la quinine donne d'excellents résultats dans la prophylaxie du paludisme. En faisant prendre deux ou trois fois par semaine, des doses de 0,20 à 0,30 de sulfate de quinine, on n'évite pas toujours le paludisme, mais on empêche les accidents pernicieux. MM. Leroy de Méricourt et Lancereaux, ne croient pas à l'action prophylactique des sels de quinine.

M. Worms pense, au contraire, que l'action préventive du sulfate de quinine contre l'influence paludéenne est fort probable. Il cite le cas de plusieurs officiers de marine qui devaient remonter le Mékong, où tous leurs camarades avaient pris précédemment la fièvre. M. Worms leur conseilla l'usage journalier de 25 centigrammes de sulfate de quinine.

Les officiers qui prirent régulièrement la quinine n'eurent pas un seul accès de fièvre.

D'ailleurs la plupart des médecins qui exercent à Rome croient à l'efficacité de la quinine pour préserver de la fièvre les voyageurs qui arrivent pendant la saison des fièvres.

D^r^ CRÉPEL.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Lésions hépatiques engendrées chez le chien par la toxine diphtéritique. — Les lésions du foie chez l'homme mort de diphtérie ont été encore peu étudiées, cependant elles

sont fréquentes et présentent le caractère de l'hépatite.

Chez les chiens après injection intraveineuse de toxine diphtéritique on observe les lésions suivantes : « Le foie est volumineux et gorgé de sang. La surface est parsemée des granules saillants dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noix : ils sont blancs, mouchetés de taches brunes et se détachent sur la surface jaunâtre du foie. A la coupe ces nodules sont arrondis et légèrement allongés, en forme de haricots; ils s'enfoncent dans le tissu hépatique; leur limite est excessivement nette, tracée par une ligne festonnée. Ils sont composés d'un stroma aréolaire blanc jaunâtre, gorgé de sang noir. On dirait des noyaux secondaires d'une tumeur devenue télangiectasique. Dans l'intérieur du foie, on compte un très grand nombre de ces nodules, qui, en certains endroits, se touchent tous, plusieurs petits étant groupés autour d'un nodule plus volumineux. » (*Société de Biologie*, 2 août 1895, p. 611.)

L'examen microscopique permet de reconnaître trois ordre de lésions. Les tumeurs les plus volumineuses constituent de vrais *foyers de nécrobiose*. Les cellules hépatiques gonflées, déformées, sont mélangées à un assez grand nombre de globules rouges. Le tissu friable de ces tumeurs et leur séparation bien nette du tissu ambiant, caractérise la nécrobiose.

Les tumeurs plus petites et plus saillantes sont dues, au contraire, à de véritables hémorrhagies se continuant avec les capillaires dilatés.

L'altération de la cellule hépatique est considérable, une tuméfaction *trouble*, très granuleuse, ne laissant plus voir leur noyau; puis ailleurs la disparition complète de la cellule.

Ce travail est dû à MM. Courmont, Doyet et Pariot.

Sérothérapie contre le cancer, par M. Boureau (de Tours). — M. Boureau a traité par les injections du sérum cancéreux préparé d'après la méthode de MM. Ch. Richet et Héricourt, 10 cas de cancer. Ces cas sont choisis parmi les plus graves cancers à marche rapide et cancers indurés. Disons que les résultats sont modestes : amélioration des forces, diminution de la douleur, mais pas de guérisons définitives.

Dans la même séance le Dr Ch. Richet et M. Héricourt ont pris la parole pour donner quelques renseignements nouveaux sur la sérothérapie du cancer.

En ce moment ils possèdent 25 observations de cancers traités par le sérum-cheval ; ils n'ont pas eu de guérison définitive, mais ils ont très souvent obtenu *une rapide et brillante amélioration*. Les douleurs *cessent*, la santé générale se rétablit. La tumeur diminue de volume d'un quart, de moitié et même plus, les sécrétions ichoreuses s'arrêtent ; la cicatrisation tend à se faire et parfois s'opère complètement, la maladie semble marcher rapidement vers la guérison.

Mais au bout d'un certain temps les effets s'arrêtent et la maladie reprend son cours.

MM. le professeur Richet et Héricourt cherchent un moyen d'éviter cette *accoutumance* de l'économie au sérum, ils ne l'ont pas encore trouvé.

Le professeur Richet rappelle que les injections de tumeur cancéreuse *ulcérée* produisent la mort chez les animaux. Cette mort, qui a les allures d'une embolie, serait due à la coagulation du sang dans le cœur. (*Loc. cit.*, p. 599 et suivantes.)

Traitement de la tuberculose cutanée par le sérum de chiens tuberculeux. A. Broca et Charrin. — On doit remarquer qu'il ne s'agit plus ici d'injections de sérum de chiens vaccinés contre la tuberculose comme dans la méthode de MM. Richet et Héricourt, mais de sérum de chiens malades, de chiens tuberculeux. Seulement, chez les chiens injectés par MM. Charrin et Pottevin « la tuberculose n'évolue que d'une manière incomplète, surtout dans des conditions particulières ». Quelles sont ces conditions particulières ; quelle est cette évolution incomplète de la tuberculose ? Ce qui est incomplet c'est cette explication, toujours est-il, et nous la retenons, que la sérothérapie a été faite à l'aide du sérum de chiens tuberculeux.

Ce traitement a été appliqué à des ulcérations fongueuses suite de ganglions tuberculeux et à des lupus ulcérés ou non.

Les ulcérations fongueuses ont été promptement cicatrisées sous l'influence de ces injections. Les lupus ulcérés ont été très rapidement améliorés, mais la cicatrisation reste incomplète. Pour les lupus non ulcérés, amélioration au début mais pas de guérison définitive. (D., p. 605.)

Recherches sur l'immunité du hérisson contre le venin de vipère, par MM. Phisalix et G. Bertrand. — Le hérisson tue la vipère et la mange ; Milnes-Edwards et Levaillant ont constaté que cet animal résistait à la piqûre de la vipère même quand cette piqûre était faite au museau et à la face. C'est là une *immunité naturelle* comparable à celle du lapin pour la belladone. Dans les deux cas cette immunité peut être vaincue par l'inoculation de fortes doses

d'atropine au lapin et de venin sec de vipère au hérisson.

MM. Physalix et Bertrand pensaient que le sang du hérisson contenait une *substance immunisante* et ils l'ont démontré en inoculant au cobaye le sérum du hérisson. Ce sérum rendait le cobaye insensible au venin de vipère.

Pour cette expérience, il a été nécessaire de surmonter une difficulté. Le sang du hérisson et même le sérum sont mortels pour le cobaye. A la dose de 2 à 3 centimètres cubes injectés dans l'abdomen, ce liquide détermine la mort du cobaye en quinze ou vingt heures.

MM. Physalix et Bertrand ont chauffé le sérum du hérisson à 58° pendant un quart d'heure et la substance toxique qu'il renferme a été complètement détruite sans que ses propriétés immunisantes aient été atteintes.

Un cobaye qui a reçu dans l'abdomen 8 centimètres cubes de ce sérum ainsi préparé supporte immédiatement l'inoculation dans la cuisse d'une dose de venin de vipère deux fois mortelle pour un cobaye témoin.

En résumé le hérisson est doué d'une immunité naturelle contre le venin de vipère. Le sang du hérisson ou le sérum de ce sang inoculé à un autre animal, fait participer, pour un temps très court, cet animal à cette immunité. Une température de 58° continuée un quart d'heure qui suffit pour détruire les toxines contenues dans le sang du hérisson, ne modifie en rien les propriétés immunisantes de ce sang.

Ces faits, et bien d'autres analogues, nous porteraient à conclure qu'il n'y a là ni toxines, ni antitoxines, mais tout simplement une propriété de tissu et de liquide organique qui se transmet par inoculation, d'un animal à l'autre. N'est-ce pas la même idée qui a porté certains

médecins à traiter la tuberculose par l'inoculation du sérum d'animaux jouissant de l'immunité naturelle ou acquise contre la tuberculose ; et cette explication peut-elle s'appliquer à toute la sérumthérapie?

Dr P. Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

Un malade alimenté exclusivement par la voie rectale peut-il conserver son poids pendant plusieurs semaines? (Dr Lépine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. *Semaine médicale*, 31 juillet 1895.)

Le lavement alimentaire qui, dans certaines affections où l'alimentation par la voie stomacale est rendue impossible, rend de réels services, peut-il, à lui seul, et sans le secours d'aucune autre alimentation, entretenir pendant des semaines la nutrition? Le malade alimenté de cette façon pourra-t-il conserver son poids? Le professeur Lépine a étudié cette question, il a eu l'occasion d'observer dans son service trois malades nourris exclusivement au moyen de lavements nutritifs; il a relevé un certain nombre d'observations de malades traités de cette façon, et son opinion est que l'entretien de la vie est possible avec cette alimentation, et que les malades peuvent même augmenter de poids.

Nous allons résumer les observations des malades traités dans son service.

Le Dr Tournier, chef de clinique du professeur Lépine, convaincu théoriquement de l'utilité de l'inaction prolongée de l'estomac dans l'hyperchlorydrie avec *sécrétion*

permanente, et qui, dans sa pratique, avait eu déjà l'occasion d'alimenter deux fois des malades au moyen de lavements nutritifs, demanda l'autorisation d'appliquer cette méthode à des malades affectés d'hypersécrétion stomacale. Le premier malade est âgé de 26 ans. Son hyperchlorhydrie avec sécrétion permanente datait de l'âge de 15 ans.

A partir du 30 avril, il ne prit par la bouche, ni solide, ni liquide. Jusqu'au 11 mai, il reçut quatre ou cinq lavements renfermant chacun 10 grammes de peptone sèche, 20 grammes de glucose et un jaune d'œuf, puis 150 grammes de véhicule, le tout additionné de quelques gouttes de laudanum. Ces lavements furent bien tolérés, mais le malade perdit du poids, la ration d'entretien n'étant pas atteinte. Aussi à partir du 11 mai, l'on administrait six lavements par jour, dont trois préparés de la façon suivante : bouillon salé 140 à 150 grammes, 2 jaunes d'œufs bien battus, 20 à 40 grammes de vin. Les trois autres avaient pour composition : lait 140 à 150 grammes, 2 jaunes d'œufs bien battus, sucre 10 grammes. On ajoutait à chaque lavement quelques gouttes de laudanum.

Du 11 au 28 mai, le malade a pris sans interruption ces lavements à l'exclusion de toute autre chose ; ils ont été parfaitement tolérés et tandis qu'il avait perdu 3 kilogrammes, jusqu'au 11, il n'a perdu que 800 grammes du 11 au 28.

Le second malade âgé de 38 ans a reçu quotidiennement et d'emblée trois lavements des deux types précédents. Le traitement a été commencé le 13 juin et continué jusqu'au 26. Le poids de 56 kil. 900 s'est élevé à 57 kil. 450 du 26 juin au 4 juillet, les lavements ont été

continués, on a donné en plus 2 œufs à prendre par la bouche.

Le troisième malade est âgé de 26 ans. Il a été soumis au traitement du 10 au 27 juin. Les trois premiers jours, les lavements ont été mal tolérés. Le poids est tombé de 60 kil. 300 à 56 kil. 600. Mais, ensuite, les lavements ayant été bien supportés pour la plupart, le poids s'est relevé à 59 kilogrammes.

Le professeur Lépine est persuadé, d'après ces observations, que l'on peut conserver le poids chez certains malades, sans l'intervention de l'alimentation naturelle par la bouche. Un tel résultat sera *vraisemblablement impossible* à obtenir chez un individu bien portant et dont la nutrition *est active* ; jamais la résorption par le rectum ne suffira à la dépense ; il sera, au contraire, relativement aisé chez un sujet fort amaigri et dont la nutrition s'est progressivement réduite.

LE SÉRUM ET LES TUBERCULOSES CUTANÉES. (Société de biologie, 27 juillet 1895, *Semaine médicale.*)

Quoique prenant plus facilement qu'on ne le croit, la tuberculose, le chien, néanmoins, par rapport à d'autres espèces, offre une certaine résistance ; dans des conditions spéciales, on peut voir chez lui le virus tuberculeux évoluer incomplètement. MM. Charrin et Pottevin ont préparé le sérum de ces chiens à bacillose faible. M. Aug. Broca a essayé de traiter avec ce sérum des lésions cutanées.

En dix jours il a vu se fermer une ulcération tuberculeuse du coude.

Un second fait se rapporte à des lupus de la cuisse

gauche que des injections ont amélioré promptement, tandis qu'un deuxième lupus à peu près symétrique situé sur la cuisse droite du même individu se modifiait à peine ; ce second lupus a promptement guéri lorsqu'on l'a traité directement.

Un lupus du bras a été aplani en peu de jours.

Le Dr Broca a guéri ou amélioré sept tuberculoses cutanées qui n'avaient fait aucun progrès depuis plusieurs semaines.

Ce procédé peut, en somme, suffire dans certains cas ou jouer le rôle d'adjuvant des autres méthodes.

De l'immunité du hérisson à l'égard du venin de la vipère.

(*Semaine médicale*, 31 juillet 1895.)

M. *Phisalix* relate en son nom et au nom de M. Bertrand, des expériences tendant à prouver que le hérisson possède une immunité contre le venin de la vipère. Cette immunité tiendrait à la présence dans le sang du hérisson d'une substance immunisante ; pour la rendre manifeste, il faudrait d'abord détruire par un chauffage à 58° pendant un quart d'heure, le principe toxique qui l'accompagne.

On peut alors constater que les cobayes qui reçoivent dans l'abdomen 7 à 8 centimètres cubes de sérum, ainsi préparé, résistent sans aucun inconvénient à l'inoculation d'une dose de venin mortelle en quatre à cinq heures pour les animaux témoins.

Action du sérum antistreptococcique sur la septicémie puerpérale. (*Semaine médicale*, 15 mai 1895.)

M. le Dr Jacquot (de Creil) a eu l'occasion d'observer

une femme atteinte de septicémie puerpérale chez laquelle les injections intra-utérines et la quinine étaient restées sans effet ; les accidents persistaient et la température atteignait le soir 40°,8.

M. Jacquot injecta 30 centimètres cubes de sérum anti-streptococcique de MM. Roger et Charrin et le soir la température tomba à 37°. Après trois injections la malade semblait guérie. Mais la mère de l'accouchée contracta trois jours plus tard un érysipèle de la face ; ce fut le point de départ d'une nouvelle contamination, car deux jours après la malade fut reprise d'un gros frisson et la température atteignait de nouveau 40°. Le troisième jour de cette rechute l'on fit une nouvelle injection de sérum et le soir la température redevenait normale. Il n'y eut plus de rechute.

Intoxication par le laudanum de Sydenham et mort apparente, chez un enfant de quatre jours. (*Tribune médicale*, 5 juin 1895.)

Le Dr Toussaint, de Biarritz, a été appelé le 1er février 1895, auprès d'un enfant de quatre jours auquel on venait de faire avaler une cuillerée à café de laudanum au lieu de sirop de chicorée. Le Dr Toussaint se trouva près du petit malade avec ses confrères les Drs Legrand et Le Piez.

L'enfant a rendu par vomissement la cuillerée de laudanum, dès qu'elle fut absorbée. Pourtant le Dr Legrand, arrivé le premier, avait essayé de provoquer de nouveaux vomissements au moyen de l'absorption d'une cuillerée à café de sirop d'ipéca. Cette première cuillerée n'ayant produit aucun effet lors de l'arrivée des autres médecins, une seconde dose d'ipéca, puis une troisième, furent

données, mais ne firent pas aboutir le vomissement. L'on donna alors un lavement au tannin, et l'on fit absorber du café noir, fort, non sucré.

Vers trois heures de l'après-midi, deux heures après l'absorption du laudanum, les premiers symptômes d'asphyxie apparurent; le Dr Toussaint songea alors à employer les tractions rythmées de la langue. Au bout d'une demi-heure, le refroidissement s'accentuant de plus en plus, le Dr Le Piez demanda une cuillère de fer qu'il plongea dans l'eau bouillante et il l'appliqua sur le thorax et en arrière entre les deux épaules. Ce moyen fortement révulsif, ramena la respiration, mais elle s'arrêtait quelques minutes après, pour reprendre après l'application du même révulsif. Après avoir fait alterner les tractions rythmées avec l'application de la cuillère, l'on finit par ne plus employer que ce moyen, le premier ne donnant pas de résultat satisfaisant.

La lutte dura jusqu'à 4 heures du matin. Le dernier arrêt de la respiration avant cette heure avait duré *vingt-cinq minutes*. Ce fut le plus long. Il y en eut un autre de *sept minutes* qui céda à l'application de la cuillère. A 5 h. 1/4 la respiration reprit enfin son cours définitif. Les tractions, dans ce cas, n'ont pas paru agir sur le nerf laryngé, tandis que l'excitation sur les nerfs périphériques du thorax dans sa partie sus-diaphragmatique ramenait rapidement la respiration.

Du traitement thyroïdien chez l'enfant. (*Semaine médicale*, 19 juin 1895.)

Dans la séance du 13 juin du Club médical de Vienne, M. Rié a présenté un enfant atteint de myxœdème. Après l'usage d'un extrait glycériné de corps thyroïde

(XXX gouttes tous les deux jours) pendant deux semaines, l'excitabilité de cet enfant a augmenté, le tissu graisseux a diminué, la température s'est élevée et la peau est devenue plus souple. Trois semaines après, l'amélioration était considérable (dose XX gouttes par jour). L'œdème des mains et des pieds ainsi que le gonflement des paupières avaient disparu.

Deux cas d'oreillons avec éruption. (M. G. Morard, *Semaine médicale*, 19 juin 1895.)

L'auteur a observé dans le service de M. Carrieu, à Montpellier, deux soldats dont les oreillons ont été accomgagnés d'une éruptions d'aspect morbilleux. Les oreillons étaient compliqués, chez l'un d'eux, d'orchite. On vit apparaître le troisième jour, après le début de l'affection ourlienne, une éruption se présentant sous la forme de taches du volume d'un grain de riz, légèrement saillantes et s'effaçant à la pression. Elles siégeaient sur le tronc et les membres, laissant la face absolument indemne et n'étaient pas accompagnées de fièvre.

D'après l'auteur, les éruptions paraissent imputables aux toxines élaborées par le microbe des oreillons.

Dr Silva.

VARIÉTÉS

HIER ET DEMAIN

Hier, c'était le bacille triomphant. Après les rêveries de Raspail et de tant d'autres, après les tâtonnements de Davaine, Pasteur avait analysé les virus, isolé l'élément actif qu'ils contiennent, dosé la virulence, expliqué la vaccine ! Il définissait expérimentalement l'infection charbonneuse, il inoculait préventivement la rage, maladie extrêmement rare et presque inconnue chez l'homme, et pour la guérison de laquelle fut fondé l'Institut d'où est sortie récemment la sérothérapie. Pasteur avait même, dès le début, pressenti les toxines, que Berthelot rapprochait des « diastases » ; ses disciples, perfectionnant les découvertes de Seloni et Gautier, réalisaient cette conception ; et, tandis que Metschnikoff et ses imitateurs révolutionnaient la théorie de l'inflammation, en révélant la phagocytose, la chimie entrait en ligne pour interroger dans leurs conflits mystérieux les éléments des échanges organiques, dont sont faites l'assimilation et la désassimilation.

*
* *

Demain, c'est la vieille clinique reconquérant ses droits. C'est la physiologie expérimentale s'inclinant devant elle, après avoir éclairé notablement le diagnostic et l'anatomie pathologique. C'est l'*hypothermisation* et l'antisepsie ramenées aux conceptions logiques; c'est l'antipyrine, conquête appréciable de la thérapeutique, réduite au rôle de simple analgésique ; c'est le naphtol et le salol réservés aux cas où l'on peut enrayer la *fermentation* morbide, sans

détruire les ferments utiles à la vie, soit parce qu'ils jouent un rôle efficace dans la digestion, soit parce qu'ils s'opposent eux-mêmes aux fermentations nocives !

Cette simple distinction montre combien demain est loin de nous !

D'ici là, la contagion par l'eau ne sera déjà plus qu'un souvenir. Le *bacterium coli* aura été vengé de l'ingratitude des hommes dont il entretient la vie — n'en doutez pas — puisque c'est l'un des microbes digestifs les plus recommandables ; et le bacille d'Éberth, comme le bacille de Koch, mèneront la théorie des streptocoques, des staphylocoques, des gonocoques, des pneumocoques, réduits au rôle de purs accidents des maladies, et apprenant — trop tard à notre gré, — combien il y a peu de distance du Capitole à la roche Tarpéienne.

*
* *

Aujourd'hui, c'est le gâchis, dominé, au point de vue microbien, par cette notion capitale : le même microbe se trouve, avec des apparences de générateur, dans des maladies différentes ; la même maladie entretient ou fait naître différents microbes réputés spéciaux ; telle maladie, imputée à tel microbe, peut évoluer jusqu'à la terminaison fatale et la nécropsie, sans qu'apparaisse le microbe.

Aujourd'hui, c'est l'effort désespéré des tyranneaux de la bactériologie officielle. C'est l'étuve reléguée au magasin des accessoires, l'étuve... notre espérance, à tous ! C'est le microscope ankylosé devenu l'éprouvette entreprenante, la vieille éprouvette rajeunie, qui se réveille au bruit de l'effervescence ; aux chatoiements des échanges ; aux crépitations de l'électrolyse ; aux conflits mystérieux de la catalyse.

Aujourd'hui, c'est la chimie explorant le foie, la rate, la thyroïde et autres parenchymes méconnus; poursuivant dans tous les recoins organiques les déchets et les résidus, les pepsines et les toxines et traduisant le microbe à sa barre pour qu'il nous dise, à la fin, ce qu'il peut faire ou défaire.

*
* *

Croyez-vous que ce soit la fin du gâchis? J'en doute.

Qu'entre les mains d'analystes-philosophes tels que Bouchard, Albert Robin ou leurs disciples, la chimie pathologique soit un élément précieux d'information et un guide thérapeutique sûr, tout le monde le croit; mais pour nous, praticiens, qui n'avons ni le loisir, ni la science nécessaires pour manier ce procédé d'information, et pour interpréter utilement les notions qu'il peut fournir, sommes-nous plus avancés?...

Voici une urine qui, analysée par deux chimistes également recommandables, donne d'après l'un : de l'albumine, des bacilles de Koch et pas de sucre ; d'après l'autre : du sucre, pas d'albumine, ni de bacilles... Que penser et que faire?

On en est réduit à la clinique au doigt et à l'œil. Est-ce pire? (1)

D^r^ AD. NICOLAS.

(1) Nous avons cru devoir reproduire cet article du *Journal d'hygiène*, qui, sous une forme humoristique, rend assez bien compte de notre opinion sur la place que doit occuper la bactériologie en médecine.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY. 52, rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

NOVEMBRE 1895

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

DE L'ACTION DES MÉDICAMENTS SUR L'HOMME SAIN DANS SES RAPPORTS AVEC LA LOI DE SIMILITUDE.

Et d'abord, l'action des médicaments sur l'homme sain diffère-t-elle de leur action sur l'homme malade ? Etrange question ? Depuis Hahnemann jusqu'à nos jours, toute l'école homœopathique affirme que l'action d'un médicament sur l'homme malade est opposée à l'action de ce médicament sur l'homme sain. Et c'est parce que ces actions sont opposées qu'en vertu de la loi de similitude, on donne aux malades un médicament qui produit, chez l'homme sain, un état analogue ou semblable à celui que l'on veut détruire. Il semblerait donc inutile de perdre son temps à s'occuper d'une question unanimement résolue jusqu'ici. Mais tout ce qui touche à l'action des médicaments et à la loi de similitude, a une si grande importance, qu'autant qu'il dépendra de nous, nous ne voulons pas qu'un doute, une hésitation existe sur ce point, et puisque l'objection a été faite, il faut y répondre :

Ecoutez le sophisme.

Ce qui a fait croire à une action contraire du médicament chez l'homme sain et chez l'homme malade, tient uniquement à ce qu'on emploie chez le malade de petites doses ; or, il y a une loi indiscutable de pharmacodynamie, c'est que le même médicament produit deux

effets opposés suivant qu'on l'administre à fortes doses ou à petites doses. Ainsi, la morphine à doses moyennes accélère la respiration et le pouls, élève la température, augmente la quantité des urines, et une dose forte ralentit le pouls et la respiration, abaisse la température et diminue la quantité des urines. De même la rhubarbe constipe à petite dose et purge à haute dose. Si donc la morphine est un médicament eupnéique par excellence, si elle guérit la dyspnée qu'elle produit cependant chez l'homme sain quand on l'administre à dose moyenne, ce n'est pas parce que la morphine produit un effet opposé, chez l'homme malade et chez l'homme sain, mais tout simplement parce que vous avez administré une dose qui, chez l'homme sain, diminue la dyspnée. Si la rhubarbe guérit la diarrhée, ce n'est pas parce qu'elle produit chez le malade une action contraire à celle qu'elle produit chez l'homme sain, c'est parce que, chez le malade, on administre une petite dose. Donc, c'est la différence d'action entre la petite dose et la grande dose qui est la cause de l'illusion des homœopathes ; tout médicament possède deux actions opposées, aussi bien chez l'homme sain que chez l'homme malade.

Tout cet échafaudage de raisonnement repose sur des faits très exceptionnels, sur certains symptômes qui présentent dans les maladies une double action dont l'une est opposée à l'autre. Ainsi la diarrhée et la constipation, l'anurie et la polyurie, l'insomnie et la somnolence, la convulsion et la paralysie. Mais si l'on sort de ces exemples restreints pour aborder le domaine des maladies, le sophisme n'a plus de base.

Ainsi la cantharide produit la néphrite et la guérit, le sulfate de quinine détermine le vertige de Ménière et le

guérit; l'homme sain empoisonné par le phosphore a des symptômes de purpura hemorrhagica et le phosphore est le remède principal de cette maladie. Une dose de strychnine capable de produire des convulsions guérit l'ivresse sans produire de convulsions, de même l'ipeca dans ses rapports avec l'asthme et l'hémorrhagie, le mercure corrosif avec la dysentérie, la picrotoxine avec l'épilepsie, l'arsenic avec les affections cutanées. Nous pourrions énumérer la matière médicale tout entière et nous aurions la démonstration que les médicaments guérissent les maladies qu'ils produisent chez l'homme sain; que par conséquent, c'est une vérité incontestable que le médicament agit différemment, nous dirons même d'une manière opposée chez l'homme sain et chez l'homme malade; et il ne faut pas essayer d'échapper à notre argument en parlant ici de grandes et de petites doses. Car, quoique nous pensions que des petites doses, et souvent même des doses infinitésimales soient préférables, la clinique nous enseigne que la plupart de ces médicaments guérissent homœopathiquement, même à fortes doses. Ainsi, Lancereaux traite la néphrite parenchymateuse par des doses de V à VI gouttes de teinture mère de cantharide. Charcot et beaucoup de médecins allopathes prescrivent de 1 à 2 grammes, et quelquefois plus, de sulfate de quinine dans le traitement du vertige de Ménière. La strychnine est administrée dans l'alcoolisme à des doses qui produisent des convulsions chez l'animal en santé. L'ipeca, le mercure et l'arsenic sont prescrits à doses pondérables dans l'asthme, la dysentérie et les maladies de la peau.

Nous pouvons donc conclure que les médicaments produisent des effets opposés chez l'homme sain et chez l'homme malade; et, maintenant, nous allons poursuivre

notre étude sur l'action des médicaments sur l'homme sain dans ses rapports avec la loi de similitude.

Rappelons d'abord quelques lois de pharmacodynamie.

1re *loi.* Une dose moyenne de médicament administré en une fois à un homme sain produit successivement deux effets opposés.

Ces effets opposés peuvent alterner plusieurs fois pendant la durée d'action de ce médicament.

2e *loi.* Plus la dose du médicament est forte, moins l'action primitive est marquée. Si cette dose est excessive, l'action secondaire seule se développe.

3e *loi.* Avec de très petites doses, les effets primitifs dominent et les effets secondaires manquent souvent.

De ce qu'un médicament produit deux effets alternants opposés, on a voulu conclure que tout médicament était à la fois allopathique et homœopathique et que la loi de similitude était sans valeur.

Si, en effet, l'aconit produit dans son action primitive l'hyperthermie et l'abaissement de la température dans son action secondaire, on ne pourra pas dire que l'aconit guérit la fièvre par son action primitive hyperthermique et en vertu de la loi de similitude, puisque ce médicament abaisse la température dans son action secondaire; et que rien ne prouve que ce ne soit pas cette action secondaire qui guérisse la fièvre d'après la loi des contraires. De même si la strychnine est convulsivante dans son action primitive et paralysante dans son action secondaire, qui pourra affirmer que la strychnine guérisse les convulsions par son action primitive ou par son action secondaire suivant la loi de similitude ou suivant la loi des contraires.

Cette argumentation est très spécieuse mais elle ne

résiste pas à un examen plus approfondi des lois de la pharmacodynamie et de l'observation clinique.

Nous remarquerons en premier lieu que pour les médecins qui emploient les doses infinitésimales, c'est bien la loi de similitude qui est la règle d'indication.

La 3e loi de pharmacodynamie que nous avons citée dit en effet que quand le médicament est donné à très petite dose et par conséquent à doses infinitésimales, l'effet primitif seul se produit. Or, l'effet que Hahneman appelle primitif est précisément celui que l'on oppose à un symptôme analogue offert par le malade. Exemple, la noix vomique contient dans sa pathogénésie des névralgies, avec élancement; c'est là un des effets primitifs du médicament et en vertu de la loi de similitude la noix vomique à dose infinitésimale sera le médicament de cette espèce de névralgie. Donc, il n'y a aucun doute sur l'emploi de la loi de similitude quand il s'agit des doses infinitésimales.

Mais la question est plus complexe et la clinique démontre qu'il y a des médicaments qui sont homœopathiques à *toutes doses*. Ainsi les effets primitifs de l'aconit indiquent ce médicament contre le mouvement fébrile et le médicament réussis contre la fièvre à la 6e dilution et à la dose de XX et XXX gouttes de teinture mère. La bryone et l'ipéca possèdent des effets primitifs qui répondent aux symptômes de la broncho-pneumonie et de la pneumonie. Un grand nombre de médecins homœopathes traitent ces maladies avec succès par la 6e et la 12e dilution. D'autres préfèrent des gouttes de teinture-mère.

La cantharide a dans ses symptômes primitifs les signes de l'inflammation de la sphère génito-urinaire. Nous préférons dans le traitement de ces maladies employer des

3e et 6e dilutions, mais nous avons vu que Lancereaux traitait la néphrite parenchymateuse par des gouttes de teinture-mère.

Ces exemples suffisent et ils prouvent que l'action dite primitive des médicaments sur l'homme sain est bien caractéristique de l'emploi homœopathique d'un médicament.

Mais nous irons plus loin. Nous croyons que le médecin peut utiliser, dans des cas évidemment restreints, la connaissance de ces actions opposées produites par des doses fortes et par des doses faibles du même médicament, en opposant, d'après la loi de similitude, les symptômes produits par les doses fortes aux symptômes analogues observés chez le malade et les symptômes produits par les doses faibles aux symptômes morbides analogues. Par exemple de petites doses de digitale à l'excitation cardiaque et de fortes doses à l'asystolie ; parce que les petites doses de ce médicament excitent le cœur et que les grandes doses le paralysent, quoiqu'en ait dit le professeur Franck. De même la rhubarbe qui purge à forte dose pourra être administrée contre la diarrhée à doses pondérables, et les doses infinitésimales de ce médicament qui amènent la constipation seront réservées pour combattre ce symptôme.

Ce troisième paragraphe de notre démonstration est, nous le savons, sujet à contestation et nous ne le donnons que pour guider le médecin dans le choix de la dose mais nous considérons les deux premiers paragraphes comme absolument démonstratifs de la justesse de la loi de similitude.

Ainsi c'est une erreur absolue d'enseigner que les médicaments ont la même action sur l'homme sain et sur

l'homme malade ; la vérité est que les actions sont opposées.

C'est un sophisme d'enseigner qu'un médicament ayant deux actions opposées il est impossible de savoir quelle est celle de ces deux actions qui guérit, et, par conséquent, si c'est la loi des contraires ou celle des semblables qui doit guider le médecin. C'est l'*action primitive* du médicament qui guérit quand elle est appliquée par la loi des semblables, toujours avec les doses infinitésimales et souvent avec les doses pondérables.

P. Jousset.

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DES MALADIES DU CŒUR PAR LA MÉTHODE DE SCHOTT.

Deux médecins de Nauheim, les frères Schott, ont préconisé un traitement des maladies du cœur par les bains d'eau salée et par une gymnastique spéciale. Un médecin mexicain, le Dr Pagenstecher, atteint lui-même d'une affection du cœur, ayant expérimenté ce traitement sur lui-même, en a rendu compte dans le *Bulletin de thérapeutique* (1). C'est à ce compte rendu que nous allons puiser les renseignements qui nous paraissent devoir être reproduits ici.

Voyons d'abord en quoi consiste le traitement :

(1) Numéros du 15 et du 30 juin 1894.

1° Des bains chlorurés sodiques de différentes concentrations ;

2° De la gymnastique manuelle dite de résistance.

On peut recourir en même temps aux médicaments ordinaires des affections du cœur suivant les indications mais ils ne rentrent pas à proprement parler dans le traitement dont nous nous occupons en ce moment.

« Les bains chlorurés sodiques sont indiquées comme règle générale au début de tout traitement, notamment quand il s'agit de cœurs « forcés », tandis que l'application de la gymnastique trouve son indication toute spéciale vers la fin du traitement, alors que le cœur tonifié se voit à même de pouvoir supporter sans danger des élévations plus ou moins brusques de pression artérielle; les bains chlorurés sodiques devraient donc être considérés comme agent curatif par excellence, tandis que la gymnastique serait, en premier lieu, un agent préventif d'une rechute possible. »

1° *Les bains.* — Ils peuvent être facilement préparés artificiellement ; en ajoutant 2 kil. 500 de sel marin à un bain de 250 litres d'eau, on le transforme en bain chloruré sodique à 1 0/0 de concentration ; 5 kilogrammes donnent un bain à 2 p. 100 et 7 kil. 500 un bain à 3 p. 100.

On commencera par des bains à 1 p. 100 même à 0,5 p. 100 qu'on concentrera progressivement pour arriver à la troisième semaine à 2,5 et 3 p. 100.

Pendant les premiers jours, les bains seront courts, de cinq à huit minutes, pour arriver graduellement à vingt minutes. La température, de 35° au début, descendra peu à peu à 30°, 29° et même 28°. Pour faire supporter

les températures basses des bains, le Dr Schott a l'habitude d'ajouter aux bains chlorurés sodiques une certaine quantité d'acide carbonique libre lorsqu'il dépasse 2 p. 100 de concentration. L'acide carbonique empêcherait l'action anémiante de l'eau froide et permettrait d'abaisser cette température.

Pour obtenir un bain légèrement gazeux on ajoute aux 250 litres d'eau salée 500 grammes de bicarbonate de soude et un litre deux tiers d'acide chlorhydrique à 10 p. 100, ce qui produit 540 centimètres cubes d'acide carbonique par litre du bain; on peut doubler et tripler ces doses pour obtenir des bains plus gazeux et en ajoutant au bain 1.500 grammes de bicarbonate de soude et 5 litres d'acide chlorhydrique au dixième on obtient 1.620 centimètres cubes d'acide carbonique par litre d'eau, ce qui correspond aux bains les plus forts de Nauheim.

Pour la préparation du bain, l'acide chlorhydrique n'y est ajouté qu'au moment où le malade doit entrer dans le bain.

Le premier résultat appréciable des bains est de faire tomber la fréquence du pouls. Chez le médecin qui rapporte lui-même son observation les pulsations tombèrent pendant les dix minutes que dura le premier bain de 90 à 70 ; le second bain les fit tomber de 80 à 68.

Au moment de l'immersion dans le bain le pouls devient dur, concentré, quelquefois même filiforme; mais il devient plus ample rapidement et après la sortie du bain il est ample, mou, régulier.

Chez un malade de 61 ans, l'énergie cardiaque était très faible, le premier bruit du cœur se percevait à peine et le second ne se percevait pas du tout ; l'artère radiale droite battait faiblement et on ne sentait aucune pulsation à la

radiale gauche ; après le huitième bain, « on remarqua pour la première fois une légère ondulation dans la radiale gauche, phénomène qui disparut du reste, après quelques heures. La même chose singulière se répète après chaque bain et ce n'est qu'après une série de trente bains que la pulsation finit par s'établir définitivement dans la radiale gauche. La fréquence du pouls avait baissé pendant le traitement de 30 pulsations à la minute, c'est-à-dire que le cœur qui battait avant le traitement 110 à 112 fois par minute ne s'éleva plus au-delà de 80 et 84 pulsations. L'année suivante, le malade revint à Nauheim, et le Dr Schott eut la satisfaction de constater que l'amélioration s'était maintenue : la radiale gauche avait continué de battre. »

2° *La gymnastique.* — C'est une des formes de la gymnastique suédoise consistant en mouvements dits de résistance qui paraît surtout employée. Dans les mouvements que cherche à faire le patient, il doit vaincre la résistance que lui oppose le gymnaste. « Quand le patient veut exécuter, par exemple, une abduction de la jambe, le gymnaste lui opposera une résistance dans le sens de l'adduction, et quand il voudra, de même exécuter une flexion du tronc en avant, le gymnaste cherchera à l'entraîner en arrière.

« Ces mouvements de « résistance » représentent, en somme, une espèce de lutte entre le malade et le gymnaste, et il faudra au patient, pour rester vainqueur, employer un peu plus de force que le gymnaste dans ses mouvements contraires. »

Pour éviter les dangers d'une gymnastique mal employée, le Dr Schott a établi les principes suivants :

1° Nul mouvement ne devra être exécuté deux fois de suite ;

2° Chaque mouvement sera séparé de l'autre par environ quinze secondes de repos ;

3° L'exécution des mouvements se fera avec une grande lenteur.

4° Le malade devra respirer avec son rythme ordinaire pendant qu'il exécute les mouvements ;

5° Le mouvement sera immédiatement suspendu aussitôt que la respiration du malade s'accélérera ou s'entrecoupera ;

6° Le gymnaste débutera toujours par des résistances minimes et en proportion avec les forces du malade et aura toujours soin de ne jamais le fatiguer ;

7° La séance ne dépassera pas une demi-heure et sera interrompue dès que le malade éprouvera une fatigue, des étouffements ou des éblouissements ;

8° Le gymnaste veillera à mettre successivement en action tous les muscles du corps.

Ce traitement par la gymnastique produit des modifications du côté du pouls, du cœur et du foie.

Du côté du pouls, on observe, si on examine avant et après la séance de gymnastique, une diminution du nombre des pulsations (de 14 à 23 pulsations par minute) et une augmentation de la pression artérielle (de 15 à 30 millimètres). Le pouls devient plus régulier et plus ample, ce qui se constate facilement par l'examen au sphygmographe.

Du côté du cœur, une diminution assez grande de la matité précordiale transversale (variant de 5 à 8 centimètres) et un changement de place de la pointe du cœur, qui se rapproche de la ligne médiane.

Du côté du foie, une diminution de la matité verticale, portant sur la situation de son bord inférieur qui remonte de 1 à 3 centimètres pendant la gymnastique, tandis que sa limite de matité supérieure ne bouge pas.

Indications et contre-indications. — D'après l'auteur, il y a 3 indications principales : 1° le cœur forcé, dilaté, même le cœur gras ; 2° les affections mitrales, surtout celles de dates récentes qui arriveraient à « des guérisons rapides sous l'influence de cette méthode » ; 3° les cas où la digitale n'a pas produit de résultats favorables; on observe souvent alors qu'elle réussit bien si on l'associe au traitement balnéo-mécanique.

L'anévrysme de l'aorte et l'artériosclérose généralisée sont des contre-indications; en dehors de ces deux cas, les maladies chroniques du cœur peuvent trouver par le système du Dr Schott de grandes améliorations, moindres cependant que le cœur forcé et les affections mitrales de date récente.

Voici, exposé aussi fidèlement et aussi clairement que possible, le traitement spécial des maladies du cœur par le système du Dr Schott. Nous aurions voulu trouver comme complément clinique de ce travail des observations bien concluantes; or celles qui le suivent, tout en montrant les effets avantageux du traitement, ne démontrent pas absolument des faits de guérisons.

En voici, du reste, un résumé succinct.

Obs. I. — Celle de l'auteur. 39 ans. Depuis trois ans, après une pleurésie sèche du côté gauche compliquée de péricardite : palpitations fréquentes, accélération constante du pouls (90, 85), étouffement, impossibilité de cou-

cher sur le côté gauche, intermittences du pouls et du cœur ; œdème des pieds.

L'auteur nous donne un tableau indiquant l'effet des bains sur le nombre de ses respirations, qui tombent de 20 à 14, sur le nombre de ses pulsations, qui descendent de 100 à 70, de 80 à 68 ; malheureusement il ne nous donne pas de résultat plus éloigné du traitement.

Obs. II. — M. S..., 61 ans, endocardite en 1879, à la suite de laquelle survinrent des thromboses dans les quatre extrémités, avec gangrène à la jambe droite ayant nécessité l'amputation.

Etat en juin 1883 : respiration très gênée (32 à 34 par minute), matité précordiale augmentée, débordant le sternum, à droite, de 2 centimètres 1/2 et à gauche la ligne mamelonnaire de 3 centimètres ; choc précordial imperceptible ; souffle systolique à la pointe ; le 2e bruit du cœur ne se perçoit pas ; pouls 92 à 96 ; il n'existe pas à la radiale gauche. La marche augmente la dyspnée et fait monter le pouls à 110-112 pulsations.

Insuffisance mitrale avec dilatation du cœur.

Au début, bains chlorurés à 1 p. 100, puis à 1,5 p. 100, de 27 degrés Réaumur, pendant six à huit minutes ; la deuxième semaine, bains à 2 p. 100, 25 degrés Réaumur, pendant dix, douze et quinze minutes ; après le huitième bain, légère ondulation dans la radiale gauche qui disparaît au bout de quelques heures. On porte le bain à 2,5 p. 100 de sel marin, à 24 Réaumur, durant seize et vingt minutes. A partir de la quatrième semaine, bains légèrement gazeux ; pulsation de la radiale gauche constante ; pouls à 80-84. L'amélioration augmenta l'année suivante pendant une seconde saison. D'après les nouvelles reçues dans la suite, l'amélioration persista suffisante pour

que le malade n'eut pas besoin de retourner à Nauheim; il faisait trente minutes de marche sans se fatiguer.

OBS. III. — M. G..., 27 ans ; insuffisance mitrale mal compensée. La malade était depuis plusieurs semaines à Nauheim lorsque le Dr Pagenstecher l'examina pendant une séance de gymnastique pour constater les modifications apportées sur la matité du cœur, celle du foie et sur les pulsations. Cette observation et les deux suivantes ne donnent pas l'histoire ultérieure des malades, pouvant montrer leur amélioration, elles contiennent seulement des schémas montrant les diminutions des matités pendant les séances de gymnastique et les tracés sphygmographiques pris avant et après les séances et montrant leur effet sur le pouls.

Nous avons voulu simplement indiquer ici ce mode de traitement, qui nous paraît digne d'expérimentation plus complète, et qui doit rendre des services dans le traitement des maladies du cœur.

Dr MARC JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

FLUORICUM ACIDUM

L'attention sur l'action curative de *fluoricum acidum* (1) pour les veines variqueuses a été appelée d'abord par le

---

(1) Article du Dr W. Epps, médecin de l'hôpital homœopathique de Londres. Nous en empruntons la traduction à la *Revue homœopathique belge* (juin 1895).

Dr Richard Hughes, dans sa *Pharmacodynamie*, où il apporte des preuves que l'expérience lui a fournies dans ces cas; il cite à l'appui l'opinion du Dr Hering.

Auparavant on considérait plutôt la varicose comme justiciable uniquement d'un traitement mécanique et chirurgical ; tout au plus, dans des cas récents, obtenait-on quelque résultat avec *pulsatille* et *hamamelis*, et avec *sulfur* dans des cas chroniques. Depuis lors, l'administration de *fluoricum acidum* a donné des succès dans ces maladies des veines.

Si l'on recherche dans les expérimentations de *fluoricum acidum* dans la *Cyclopædia of drug Pathogenesy*, on est frappé du petit nombre de symptômes se rapportant à ces lésions ; en fait ils apparaissent au premier abord tout à fait insignifiants, mais, cependant, si on les examine attentivement, ils s'appliquent parfaitement aux désordres qui se produisent dès le début dans les veines. Probablement si ces expérimentations avaient été poursuivies pendant des mois au lieu de l'être fort peu (car les modifications dans les veines s'effectuent lentement) posséderions-nous certainement des symptômes précieux et précis sur la varicose; néanmoins nous relevons assez de preuves que *fluoricum acidum* peut produire un état de congestion veineuse et de varices, et par conséquent son action curative est en concordance immédiate avec la loi des semblables. A cet égard, rappelons-nous que *baryta carbonica* a également peu d'indications dans les maladies des artères, spécialement dans l'anévrisme, et que pourtant on a retiré de puissants effets de ce remède dans plusieurs cas d'anévrisme.

Pour ce qui est de *fluoricum acidum* nous avons dans la *Cyclopædia* une expérimentation du Dr Hering qui donne

une description plus ou moins complète de l'action de ce produit sur le corps humain ; il n'y a pas eu d'expériences sur les animaux; inutile de reproduire cette expérimentation *in extenso ;* quelques extraits suffiront pour mettre en relief les principales indications du remède.

Le Dr Hering respirant la solution-mère forte éprouvait des symptômes d'asphyxie comme en respirant tout autre acide violent. Il avait l'impression « comme s'il allait être frappé d'apoplexie, afflux du sang à la tête et perte de conscience »; ensuite la gorge se resserrait et la déglutition était difficile ; le lendemain matin il expectora d'abondantes mucosités mélangées de sang. Cette action sur la gorge et le pharynx semble être plutôt dynamique et n'est pas due à l'irritation directe des organes par les vapeurs de la solution.

Le même expérimentateur prit ensuite (mais on ne dit pas combien de temps après la première expérience) une dose de la 3e dilution. Comme symptômes immédiats ayant quelque effet local, il nota une « sensation de chaleur aux lèvres et un goût de graisse dans la bouche ». La dose correspondait à 1/160000 de goutte d'acide fluorique pur.

Cinq minutes après, « mal de tête au vertex » suivi, également après cinq minutes, « de nausées et vertiges » et ensuite rapidement de « douleur au sommet de la tête à droite et plus bas à la mâchoire ». Après une heure, « lourdeur et engourdissement de l'occiput du côté droit, avec violents battements à l'intérieur derrière et au-dessus de l'arcade sourcillère ». Ces symptômes démontrent un état congestif des veines cérébrales, suivi de phénomènes réflexes. Dans la soirée, c'est-à-dire six heures environ après l'ingestion du remède, « douleurs dans le membre

inférieur droit surtout dans la cuisse droite quand il croisait les jambes », « sensation de réplétition des veines spermatiques », et une « sensation comme un courant de sang d'abord dans le front, dans la mâchoire supérieure et inférieure du même côté (droit), dans la partie inférieure de l'occiput, dans la vessie et encore à différents autres endroits ». Ces symptômes furent produits par les 6e et 30e dilutions; il y eut aussi « lourdeur dans la main gauche ».

Les 3e et 4e jours, « rougeur des deux mains » avec violentes piqûres et démangeaisons à certaines places, spécialement du côté gauche et sur la poitrine et la cuisse ». Le soir du même jour, « ces démangeaisons siégeaient à des cicatrices, toutes du côté gauche, présentant une rougeur à leurs bords et accompagnées par-ci par là de vésicules ».

Le 7e jour, « oppression siégeant à la partie supérieure de la poitrine, non soulagée par des inspirations profondes ».

Les 8e, 9e et 10e jours « sensation de plénitude vers le front, difficulté de respiration semblant tenir à une gêne de la gorge et de la partie supérieure de la poitrine avec douleur de l'omoplate », « lourdeur dans la jambe gauche et besoin de dormir ».

Au 13e jour, l'expérimentateur nota « plusieurs élevures sanguines, petites, arrondies, d'un rouge légèrement carminé, ressemblant à des petites verrues; elles étaient molles et dépressibles, et, par une pression assez forte, le sang disparaissait mais y revenait immédiatement; les plus grandes avaient la dimension d'une graine de chanvre, les plus petites celle d'un grain de millet; quelques-unes étaient plus petites mais se dessi-

naient comme un épaississement des capillaires à fleur de peau. Elles siégeaient surtout sous le mamelon droit et au bras droit du côté de la flexion, Trois semaines plus tard, beaucoup des plus petites avaient disparu, les plus grandes étaient devenues plus sombres, ressemblant à des *nœvi materni*, d'autres étaient plus grandes qu'avant ». « Après trois mois elles étaient pâlies et conservèrent cet aspect sans occasionner alors aucune démangeaison. »

En même temps que la réplétion des vaisseaux spermatiques, on constata « une diminution du désir sexuel et une douleur dans le dos tantôt vers le haut près des épaules, tantôt plus bas dans la région des reins ».

Tous ces derniers symptômes ressemblent en somme beaucoup à ceux du varicocèle; il y avait aussi diminution de l'urine.

L'ensemble de tous les symptômes qui viennent d'être énumérés indique un état de congestion veineuse dans des parties diverses de la tête, du tronc et des membres, tel qu'on le rencontre dans les cas de veinosité ou de varicose. Ces symptômes ne sont pas très séparés ni très nets, mais en les prenant dans leur ensemble et en considérant surtout qu'ils sont produits par une seule dose d'acide et non par plusieurs, l'expérimentation nous procure suffisamment les symptômes d'une congestion veineuse généralisée.

Ces symptômes du côté de la tête, groupés ensemble, sont plus distincts comme suit : « Mal de tête au front et au vertex; sensation de nausées et vertiges; lourdeur à l'occiput; violents battements à l'intérieur de la tête, en arrière et au-dessus de l'arcade sourcillère ; afflux douloureux de sang au front; impression de sonnette à l'oreille droite; dans la position assise, sensation fré-

quente de secousses avec sensation de lourdeur et de compression à l'occiput, lourdeur continuelle à l'avant-bras et à la main gauches persistant tout l'avant-midi; contraction de certains muscles du cou du côté gauche et entre les épaules ». La plupart de ces symptômes sont relevés par le Dr Hering. Le Dr Williamson, après avoir pris de la 5e dilution, éprouva de « l'étourdissement surtout vers le front et une raideur dans la nuque » et au 9e jour des « douleurs dans la moitié gauche de la tête le long de la suture coronale ». Trois autres expérimentateurs présentèrent des phénomènes analogues.

Les symptômes de la poitrine sont peu nombreux et peu importants, notés vers les 7e et 9e jours, notamment des « douleurs du larynx, avec efforts de respiration profonde comme si la poitrine était remplie; oppression surtout dans la partie supérieure; difficulté respiratoire semblant provenir d'une gêne au creux susternal et sur les côtés à la partie supérieure de la poitrine ». Ces symptômes sont assez vagues mais démontrent cependant un état de congestion du côté du poumon.

Le médicament ne paraît pas avoir une action définie sur les veines rectales, mais sur les vaisseaux spermatiques son action physiologique explique son emploi dans les cas cliniques de varicocèle. « Sensation de plénitude dans les deux cordons spermatiques » (Hering) et « picotements et tiraillements dans le testicule gauche et le cordon jusqu'à l'anneau inguinal » (Neidshar). « Sensation d'un courant de sang à la vessie », « chaleur spéciale à l'abdomen du côté de la vessie ». En plus de cela, les autres symptômes susmentionnés du varicocèle, l'anaphrodisie.

Les symptômes de la peau, décrits plus haut, montrent

une action très marquée de l'acide sur le tissu des veines et veinules, allant jusqu'à la production de petits nœvi qui persistent jusque pendant trois mois.

L'auteur énumère ensuite les indications connues de *pulsatilla*, *hamamel.*, *sulfur*, renvoie à Farrington pour *lycopod.* et *carbo veg.* et donne quelques renseignements sur le *carduus marinus* que l'on doit distinguer du *carduus benedictus.*

Le *carduus marinus* était l'ancien remède de Rademacher pour le foie et les maux de tête, causant entre autres symptômes la jaunisse avec mal de tête lourd et violent, goût amer dans la bouche, langue blanche avec bords rouges, nausées avec vomissements acides et verdâtres, flatulence et plénitude dans la région hépatique mais sans augmentation de volume à la percussion. Le Dr Windelband, de Berlin, rapporte un cas analogue où le *carduus marinus* donné en décoction amena en peu de temps un dégorgement du foie et également guérit de la varicose veineuse qui affligeait la malade depuis six ans environ.

La suite de l'article, qui est très intéressante mais que nous ne pouvons rapporter *in extenso*, nous donne la relation d'une dizaine de cas divers de varicose que l'auteur a traités avec succès par *fluoricum acidum* et nous donnons pour terminer les conclusions de l'article qui portent sur trois points ;

1° *Fluoricum acidum* a une action directe sur les tissus des veines plus ou moins atteintes de veinosité ou de varicose (ceci comme il a été remarqué aurait été bien plus saillant si les expérimentations avaient été poursuivies plus longuement);

2° Ce remède a une action curative spéciale quand il

est administré dans des cas bien semblables conformément à notre loi médicale;

3° Les cas susceptibles de ce remède sont surtout ces cas chroniques, ne dépendant pas d'une pression veineuse éloignée ou d'une gêne abdominale, mais simplement d'une modification dans la structure même des veines.

Enfin, dernier point pour terminer cet aperçu sur l'action puissante de *fluoricum acidum* dans les maladies veineuses et spécialement les veines variqueuses, *fluoricum acidum*, en dessous de la 5e dilution, produit des phénomènes d'aggravation ; sa sphère curative s'étendant entre la 12e et la 30e dilution. (*The Journal of the british hom. Society.*)

Traduit par le Dr Oscar Martiny.

HYGIÈNE

LE LAIT MATERNEL ARTIFICIEL.

On s'est beaucoup occupé, ces dernières années, d'améliorer l'alimentation artificielle des nouveau-nés et M. Budin, en particulier, a beaucoup prôné le lait stérilisé comme donnant de très bons résultats ; le lait stérilisé est entré dans la pratique usuelle grâce à des procédés faciles permettant aux mères de le stériliser elles-même.

L'hygiène alimentaire de l'enfance paraît faire un nouveau pas. Considérant que la différence principale entre le lait de femme et le lait de vache est que ce dernier est deux fois plus riche en caséine (3,6 pour 1,7), un certain nombre d'auteurs étrangers ont cherché le

moyen de faire disparaître cet excès de caséine qui produit dans l'estomac des enfants un coagulum volumineux et difficile à digérer.

M. Gærtner, de Vienne, a trouvé un procédé opératoire remplissant ce but; nous empruntons la description de ce procédé à un article publié par notre ancien collègue et ami Boissard (1) : M. Gærtner est arrivé à ce résultat en se servant de machines appelées « séparatoires ou centrifuges » qui peuvent faire de 4 à 8.000 tours par minute; le centrifuge se compose essentiellement d'un « tambour », sorte de caisse d'acier qui tourne sur son axe.

« Dans le tambour coule un courant continu de lait qui bientôt le remplit et forme un cylindre plein; alors la crème, sous l'action du centrifuge, se forme en autant de secondes qu'il aurait fallu d'heures pour sa production spontanée. Le cylindre total de liquide contient donc une couche de crème et une couche de lait sans graisse : la séparation de l'une à l'autre n'est d'ailleurs pas brusque; du centre à la périphérie, les couches de graisse sont de moins en moins épaisses, et les globules de plus en plus petits.

« Le liquide s'écoule du tambour par deux orifices : 1° le conduit du lait sans graisse placé à la périphérie du tambour; 2° le piston à crème, petit conduit qui traverse au centre la caisse du tambour; en réglant le piston à crème, on obtient à volonté la quantité proportionnelle de lait sans graisse et sans crème; on peut aussi, comme le « fait remarquer le Dr Gærtner, avoir la possi-
« bilité de rendre la richesse du lait en graisse indépen-

(1) *France Médicale*, 16 août.

« dante de sa richesse en caséine, et obtenir un lait
« pauvre en caséine et riche en graisse ».

« Pour l'opération, on dilue le lait de vache frais en l'additionnant d'eau jusqu'à ce que la caséine égale celle du lait de femme (en pratique, eau en parties égales) ; on passe alors le mélange au centrifuge en réglant la machine de façon que le lait sortant du conduit à crème contienne la même proportion de graisse que le lait de femme ; on a alors un lait maigre, et une crème ou lait concentré, car la distribution de la caséine n'est pas influencée par le centrifuge, mais seulement celle de la graisse, si bien que le produit qui sort du conduit à crème a la même composition que le lait humain, pour sa teneur en graisse et en caséine. Ce fait est démontré par les analyses qui ont été faites ainsi qu'il résulte du tableau suivant :

	Lait de femme	Crème	Lait maigre
	—	—	—
Caséine.	1,7	1,8	1,8
Graisse.	3,1	3,3	0,2

« On obtient donc par ce procédé un lait de vache naturel, sans élément étranger, car l'eau ajoutée en est séparée par le centrifuge : *c'est un lait décaséiné*, auquel Escherich a donné le nom de « lait concentré de Gærtner » et qui a été soumis à notre observation sous le nom de *lait maternel* qui nous parvenait stérilisé.

« Enfin, d'après Gærtner, l'action du centrifuge aurait encore pour résultat de séparer le lait de ses poussières, particules étrangères, impuretés et même des bactéries qu'on trouve en bien plus grande quantité dans le lait concentré qui se laisse par cela même aisément et facilement stériliser ; ces particules étrangères sont précipitées

sur les parois du tambour et y forment une masse compacte, solide, surnommée « la crasse du centrifuge » qui amène le dépérissement des jeunes pourceaux qui s'en nourrissent.

Le lait dit maternel est « un liquide un peu verdâtre, un peu opalescent ou lactescent, d'une densité inférieure à celle du lait de vache ; il renferme une quantité de petits grumeaux ou flocons ténus qui, se divisant en agitant la bouteille, donnent au liquide un aspect plus homogène ; son aspect rappelle celui du lait de femme qu'on a laissé reposer en assez grande quantité dans un verre ; son goût est frais et rappelle celui du bon lait de vache, mais il est moins velouté, puisqu'il est plus pauvre en éléments solides, sucre et caséine.

« *Il doit être donné sans coupage*, sans mélange, ce qui est une supériorité incontestable. »

Nous avons eu, tout dernièrement, l'occasion d'employer ce lait chez une petite fille de 11 mois, en période de dentition, et présentant une diarrhée assez rebelle ; son emploi nous a semblé favorable.

Dr Marc Jousset.

REVUE DE SÉROTHÉRAPIE

I. Traitement du cancer par le sérum érysipélateux. — II. Traitement du cancer par le sérum de Richet.

I

Nous allons passer en revue un certain nombre d'observations de tumeurs malignes traitées par les toxines de l'érysipèle.

M. Coley (1) de décembre 1892 à juin 1894, a traité 35 cas de tumeurs malignes par l'injection de toxines de bacilles prodigiosus, mélangées avec des toxines de streptocoques de l'érysipèle ; 25 malades étaient atteints de sarcome, 7 de carcinome, et 3 de tumeur de nature indéterminée, sarcome ou carcinome.

Parmi ces cas, nous trouvons : un cas de sarcome de l'abdomen et du bassin, suivi de guérison ; un cas de sarcome récidivé du dos de l'aine, suivi de disparition complète de la tumeur, sans récidive, quatorze mois plus tard, un sarcome de la fosse iliaque, avec disparition d'une partie de la tumeur, la santé de la patiente restant parfaite ; un sarcome inopérable de la paroi abdominale, avec guérison complète ; un sarcome de la jambe récidivant après amputation, avec engorgement des ganglions inguinaux, grandement amélioré, la malade étant encore en traitement, etc.

Dans les 8 cas de carcinome ainsi traité, on note une amélioration marquée dans 2 cas, une amélioration légère

(1) *Revue des Sciences médicales*, 15 janvier 1895, p. 106.

dans 4 cas, et aucun effet dans les deux autres cas. Jamais on a obtenu la disparition de la tumeur.

Les sarcomes qui contiennent des cellules puriformes sont plus susceptibles à l'action des toxines ; quant aux sarcomes du périoste ou des os, ils sont peu influencés par le traitement.

L'action curative des toxines de l'érysipèle est donc établie, plus marquée pour les sarcomes que pour les carcinomes. Cette action est augmentée lorsqu'on ajoute des toxines du bacillus prodigiosus. Quant aux résultats obtenus par l'emploi des toxines, ils sont produits sans danger et presque identiques à ceux qu'entraîne une attaque d'érysipèle.

M. Schuler (de Berlin) a traité avec succès (1) au moyen du sérum érysipélateux d'Emmerich et Scholl, une femme de 47 ans, qui présentait dans le sein droit une tumeur grosse comme le poing, de nature apparemment maligne, douloureuse, de consistance dure, et ayant contracté des adhérences avec le grand pectoral. Il injecta à cette malade, environ 28 centimètres cubes de sérum en l'espace d'une semaine et demie. Ces injections provoquèrent une légère rougeur érysipélateuse de la peau, une fièvre de 38° et la formation d'un abcès qui, ayant été incisé, donna issue à un quart de litre environ de pus de bonne qualité. Actuellement, la tumeur a disparu presque complètement et l'état général de la malade, dont le poids a augmenté de 5 kilogrammes, est excellent.

M. Czerny (de Heidelberg) rapporte (2) une observation

(1) *Semaine médicale*, 25 septembre 1895.

(2) *Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie*, 15 octobre 1895.

de tumeur inopérable de la parotide traitée avec succès avec le sérum érysipélateux préparé suivant les indications de Coley.

Une femme de 35 ans, accouchée au commencement de mai 1895, s'était aperçue, vers la Noël de l'année dernière, d'une tuméfaction dans la région de la parotide droite, qui avait évolué lentement d'abord, rapidement dans la suite, et qui, finalement, s'était frayé un chemin vers le conduit auditif externe, occasionnant une paralysie faciale, avec violentes douleurs à la face et dans l'oreille.

Au moment où la malade se fit admettre dans le service de M. Czerny, elle était atteinte d'une paralysie de toutes les branches du facial à droite. En arrière du pavillon de l'oreille droite, elle portait une tumeur du volume d'un poing, à surface bosselée, et qui refoulait le pavillon d'arrière en avant. La tumeur infiltrait de part en part la conque et comblait le conduit auditif ; elle adhérait à la parotide, qui était infiltrée par la néoplasie. Sa surface était ulcérée par endroits et recouverte d'un pus fétide. On porta le diagnostic de carcinome diffus infiltré de la région parotidienne, ayant eu vraisemblablement son point de départ dans la parotide. L'examen microscopique d'un fragment de tumeur extrait du conduit auditif démontra qu'on avait affaire à un sarcome à petites cellules arrondies.

La tumeur ayant été jugée inopérable, on se décida à y faire des injections de toxines érysipélateuses. Du 10 au 22 juin, on fit en tout 18 injections dans la tumeur, en commençant par une division de la seringue et en poussant jusqu'à 6. Cinq fois la malade fut prise d'un frisson dont la durée a varié de dix à quarante-cinq minutes, accompagné de douleurs dans la tête, dans les lombes. La

température interne s'éleva jusqu'à 40°,4. Pendant ces poussées de fièvre, le néoplasme se tuméfiait passagèrement, puis il se ratatinait.

Le 22 juillet, le conduit auditif était désobstrué, le tympan était de nouveau accessible à l'inspection. Des muscles innervés par le facial, seul le frontal était encore paralysé. La tumeur infiltrée s'était réduite à un petit épaississement situé en arrière de l'oreille ; la parotide avait repris une consistance molle. De la tumeur rétro-auriculaire, il ne subsistait plus que 3 plis cutanés, lâches, qui avaient l'aspect de granulations framboisées. La malade était complètement débarrassée de ses douleurs de tête et de ses douleurs d'oreille. Son état subjectif était très satisfaisant les jours où on ne faisait pas d'injections. Le traitement devait être continué.

M. Czerny a un certain nombre d'observations en cours, mais il ne peut encore en publier les résultats qui sont trop récents.

Voici, d'après lui, comment se comporte le sérum.

1° Les cultures mixtes stérilisées, mais non filtrées, du coccus érysipélateux et du *bacillus prodigiosus*, quand on les injecte à très petites doses, provoquent une fièvre à marche ascendante rapide, accompagnée souvent d'un frisson, d'un état gastrique, de pesanteur de tête, de délire, quelquefois d'herpès labial, et presque toujours de manifestations inflammatoires locales. L'intensité de ces phénomènes dépend de l'individualité du sujet, de la quantité de toxines injectées, et aussi de la pénétration ou de la non pénétration des toxines dans les vaisseaux.

2° Les phénomènes en question se dissipent déjà au bout de quelques heures, sans laisser comme traces des troubles durables de l'état général. A la suite d'injections

répétées, on observe des anorexies, de l'amaigrissement, de l'anémie, de l'apathie.

3° Les injections peuvent exercer une action spécifique sur les tumeurs sarcomateuses et en amener la guérison, dans les circonstances favorables. Ces tumeurs sont envahies par une infiltration séreuse, et sont résorbées; ou bien elles sont envahies par le ramollissement, la nécrose, et leurs débris sont éliminés.

4° *Comme les résultats fournis par cette méthode de traitement sont encore très incertains, celle-ci ne saurait présentement supplanter l'intervention opératoire.* Son emploi n'est indiqué provisoirement que dans les cas de tumeurs inopérables ou récidivantes. Peut-être sera-t-on autorisé à y recourir à la suite d'opérations portant sur des sarcomes, pour prévenir des récidives.

5° Dans les cas de carcinome, les injections paraissent être tout au plus à même de ralentir la croissance du néoplasme.

M. Emmerich (de Munich) vient d'obtenir un résultat remarquable (1) par son procédé sérothérapique un peu modifié.

Il s'agissait dans cette observation d'un carcinome lingual inopérable s'accompagnant d'une tuméfaction des ganglions et glandes sous-maxillaires ainsi que de la glande sublinguale. Ces tumeurs formaient une sorte de collier très proéminent au-dessous de la mâchoire. Le cas paraissant désespéré et le développement des néoplasmes étant très rapide, M. Emmerich se décida, après avoir fait quelques injections de son sérum, à inoculer sur la langue une culture pure et virulente de strepto-

(1) *Semaine médicale*, 30 octobre 1895.

coque érysipélateux en bouillon, vieille de trente-six heures. L'inoculation fut pratiquée au moyen d'une fine aiguille creuse préalablement stérilisée, puis plongée dans la culture et enfoncée ensuite à 1 ou 2 millimètres de profondeur en trois points différents situés au niveau du bord droit de la langue. Une première inoculation n'ayant donné aucun résultat, on en pratiqua une seconde deux jours après. Celle-ci détermina l'apparition d'un érysipèle qui s'étendit peu à peu à la surface antérieure du cou jusqu'aux clavicules et aux angles du maxillaire inférieur. La température monta à 39°,3 le premier jour et ne dépassa pas 37°,8 les jours suivants. Un abcès se forma sous le menton; il fut incisé et donna issue à une demi-tasse de pus. A partir de ce moment, l'érysipèle rétrocéda avec rapidité, en même temps que les néoplasies cancéreuses diminuaient de volume. A l'heure actuelle l'état général du malade est excellent, l'aspect de son cou est normal et on ne trouve chez lui que des traces de tumeurs glandulaires et ganglionnaires.

Dans ce cas, l'évolution relativement si bénigne de l'érysipèle a été due, d'après M. Emmerich, aux injections préalables de sérum, lesquelles avaient déterminé un degré d'immunité suffisant pour atténuer la gravité de l'érysipèle, mais, d'autre part, trop faible pour empêcher le succès de l'inoculation.

Notre confrère estime que cette combinaison des injections de sérum érysipélateux avec les inoculations de streptocoques constitue un perfectionnement de sa méthode sérothérapique primitive : en effet, il aurait obtenu dans ces derniers temps, au moyen d'injections de sérum contenant le streptocoque de l'érysipèle, des résultats fort encourageants qu'il se propose de faire connaître ultérieurement.

En face de ces diverses observations favorables, nous devons publier les cas où les injections de sérum érysipélateux ont paru produire des aggravations.

Quatorze malades (1) du service de M. le Dr K. Maydl, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté tchèque de médecine de Prague, porteurs de tumeurs malignes (12 cancers, 1 sarcome et 1 lymphome malin), ont été soumis sans succès, par M. le Dr Kopfstein, à des injections de 1 à 5 grammes de sérum provenant d'un mouton inoculé par la voie intraveineuse avec 15 grammes d'une culture de streptocoques dans du bouillon. Chez tous ces malades la réaction consécutive aux injections a été violente et l'effet thérapeutique du sérum nulle.

D'autre part, M. le Dr Campanini a traité, au moyen d'injections de toxines d'un streptocoque provenant d'un cas d'infection diphtéritique, quatre malades du service de M. le Dr F. Durante, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Rome, atteints de tumeurs malignes (cancers et sarcome) récidivées ou inopérables. La réaction générale a été si violente que notre confrère a dû se borner à des doses minimes de sérum, qui non seulement n'ont provoqué aucune modification favorable dans les tumeurs, mais encore ont stimulé leur développement, ainsi que la production de métastases.

Cette action directement nocive que les streptocoques ou leurs toxines peuvent exercer sur le cancer et le sarcome a été très manifeste dans un cas observé par M. le Dr G. Gatti, dans le service de M. le Dr A. Carle, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Turin. Il s'agissait d'un homme atteint d'un sarcome à

(1) *Semaine médicale*, 21 août 1895.

cellules polymorphes de la glande thyroïde, chez lequel la tumeur a pris un accroissement rapide, suivi de mort par marasme, sous l'influence d'une infection propagée par la voie sanguine et due au streptocoque pyogène : ce microbe fut, en effet, trouvé à l'état de culture pure dans le sang du malade et dans le pus des abcès formés au sein du sarcome thyroïdien.

Quelle conclusion devons-nous tirer de ces divers faits ? La première c'est que cette méthode de traitement ne produit pas des résultats toujours favorables ; on devait s'attendre à cela, car elle est basée sur quelques observations cliniques dans lesquelles un érysipèle spontané a amené la guérison ou l'amélioration d'une tumeur cancéreuse préexistante ; or, il existe aussi des cas où l'érysipèle a produit une action nocive sur le cancer antérieur ; il est donc tout naturel qu'un mode de traitement qui consiste en somme à traiter le cancer par les toxines du microbes de l'érysipèle puisse, lui aussi, produire tantôt une action favorable curative, tantôt une aggravation. La modification apportée par Emmerich à sa méthode nous paraît devoir atténuer les accidents possibles des injections en produisant d'avance une action vaccinante qui doit diminuer l'intensité de l'érysipèle provoqué. C'est à cette méthode que nous recourrions en cas de besoin.

II

De leur côté MM. Richet et Héricourt (1) continuent leurs recherches et en ont fait part à l'Académie des sciences (séance du 21 octobre 1895). — Depuis notre première communication nous avons pu, grâce à l'obligeance de

(1) *Semaine médicale*, 23 octobre 1895.

plusieurs de nos confrères, étudier sur un grand nombre de malades les effets du sérum anticancéreux. Nos observations personnelles d'une part, celles qui nous ont été communiquées d'autre part, nous permettent aujourd'hui de formuler quelques conclusions générales.

En premier lieu, on note une diminution très marquée des douleurs si fréquentes chez les malades atteints de néoplasmes cancéreux; c'est là un effet qui était complètement inattendu.

En second lieu, les ulcérations cancéreuses se détergent, prennent l'apparence d'une plaie bourgeonnante et la cicatrisation peut même se faire sur une assez grande étendue.

Un troisième effet des injections de sérum anticancéreux consiste en une diminution notable non seulement des tissus voisins de la tumeur et des ganglions lymphatiques en rapport avec le néoplasme, mais encore de la tumeur elle-même. Enfin, dans quelques cas on voit l'évolution de la maladie être retardée en même temps que l'état général s'améliore d'une manière sensible.

En résumé, dans les 4/5 des cas de cancer on ne peut nier qu'il y ait une réelle amélioration; malheureusement, les effets du sérum ne vont pas jusqu'à la guérison. En effet, après quelque temps, un mois, un mois et demi, deux mois, l'état général reste stationnaire, puis revient au point de départ; de nouveaux foyers cancéreux apparaissent et la maladie évolue vers la terminaison fatale.

Le sérum est-il ou non spécifique? Il est difficile de l'affirmer en toute certitude; toutefois, deux cas que nous avons observés nous feraient pencher vers cette opinion que le sérum des animaux immunisés est beaucoup plus actif que celui provenant d'animaux sains.

En somme, on peut dire que si le traitement sérothérapique n'est pas encore apte à guérir radicalement les néoplasmes, il les améliore au moins plus qu'aucune autre méthode connue ; on peut se demander si en combinant le mode de traitement à l'opération par l'instrument tranchant, on n'obtiendrait pas des résultats plus favorables encore.

Les résultats sont encore assez modestes ; nous avons eu l'occasion d'employer le sérum de MM. Richet et Héricourt à l'hôpital St-Jacques dans un cas de cancer du sein récidivé, avec propagation aux ganglions axillaires et phlébite du bras consécutifs.

Le seul résultat que nous avons constaté est un arrêt dans le développement de la tumeur, la conservation d'un état général assez satisfaisant, malgré les douleurs très vives de la phlébite ; de ce côté l'action du sérum a naturellement été nulle ; il en est, du reste, de même de tous les médicaments que nous avons employés.

D[r] MARC JOUSSET.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

MYALGIE.

Les myalgies, vulgairement et faussement appelées rhumatisme musculaire, sont des affections goutteuses quand elles ne sont pas hystériques.

Les médicaments principaux sont l'actœa racemosa, la bryone, la noix vomique, l'arnica, le rhus et le ranunculus bulbosus.

Actœa racemosa. — Les douleurs déterminées dans les muscles par cette substance sont souvent excessives, elles s'accompagnent de raideur, et d'engourdissement. Elles augmentent comme celles de la bryone par le mouvement.

Mais leur caractéristique est de s'accompagner d'un sentiment de défaillance qui part de l'estomac.

Bryone. — Les douleurs de la bryone sont tantôt sourdes, d'autre fois lancinantes et même fulgurantes, accompagnées de secousses violentes. Les caractères des douleurs de la bryone sont l'aggravation par le moindre mouvement et l'amélioration par une pression large et continue.

Arnica. — Les douleurs de l'arnica sont des douleurs de luxation, de brisure, de meurtrissure. Elles augmentent par le mouvement et par l'attouchement. Elles s'accompagnent de surexcitation nerveuse et d'impatience musculaire qui force à changer de place. L'arnica est indiqué spécialement dans les myalgies qui succèdent à un traumatisme ou à un effort musculaire.

Nux vomica. — Ce médicament produit des douleurs violentes, atroces, par élancements vifs et courts, avec secousses de la partie douloureuse comme dans les douleurs fulgurantes. D'autres fois elles sont crampoïdes, constrictives et tiraillantes. Ces douleurs augmentent par le mouvement et par le toucher. Elles diminuent par le repos, et d'autres fois par le changement de position. Elles commencent souvent après minuit et dans la matinée.

Rhus toxicodendron. — Les douleurs du rhus ont pour caractère d'être opposées à celles de la bryone. Ainsi elles naissent et s'aggravent au repos. Elles sont soulagées et supprimées par le mouvement de la partie affectée. Les douleurs s'aggravent au grand air et s'accompagnent d'un sentiment de froid et d'engourdissement ; souvent elles s'accompagnent d'un sentiment de paralysie ; comme l'arnica, le rhus convient aux myalgies suite d'un effort musculaire.

Ranunculus bulbosus. — Les douleurs produites par cette substance sont tantôt sourdes, tantôt aiguës. Elles s'accompagnent d'un sentiment de compression, d'étau. D'autres fois, la douleur, très superficielle, donne la sensation d'une ulcération de la peau, de telle sorte que le contact des vêtements est très pénible. Elles sont aggravées par le mouvement, par le toucher et même par une pression large et profonde. Ce dernier caractère distingue les douleurs du ranunculus de celles de la bryone.

Le ledum, la belladone, le mercurius, le colchicum et le sulfur produisent aussi la myalgie.

Nous ne décrirons ici que le traitement du torticolis, du lumbago et de la pleurodynie ; les myalgies des autres muscles trouveront facilement leur thérapeutique dans les généralités précédentes.

TRAITEMENT DU TORTICOLIS. — Les médicaments principaux sont la bryone, la noix vomique, la belladone et le colchicum.

La bryone et la noix vomique seront prescrits d'après les indications que nous avons données plus haut. La teinture mère est ici indiquée à la dose de II gouttes par cuillerée, quatre cuillerées par jour.

Belladone est le médicament qui m'a le plus souvent réussi dans le torticolis, principalement quand il siège dans les muscles de la nuque, que la douleur est lancinante, avec roideur du cou, amélioration par la pression et le renversement de la tête en arrière.

Doses : teinture mère, II à IV gouttes.

Colchicum. — Quelques médecins se louent beaucoup du colchique dans le torticolis : les douleurs sont déchirantes avec élancement et faiblesse paralytique des muscles.

Doses : Comme pour bryone et nux vomica.

TRAITEMENT DU LUMBAGO. — Les médicaments principaux sont la noix vomique, l'arnica, la bryone et le rhus toxicodendron.

Beaucoup de médecins considèrent l'arnica et le rhus toxicodendron comme les deux médicaments principaux du lumbago. Nous ne leur accordons quelque valeur que dans les cas où la maladie a été déterminée par un effort musculaire et principalement par ce qu'on appelle *un coup de fouet.* Mais les vrais médicaments sont ici bryone et noix vomique. Il faut formuler deux potions de 125 gr. contenant l'une X gouttes de teinture de noix vomique et l'autre X gouttes de bryone. On alterne une cuillerée toutes les deux heures.

TRAITEMENT DE LA PLEURODYNIE. — Les médicaments principaux sont bryone, nux vomica et ranunculus bulbosus. Nous avons donné avec soin dans les généralités les signes distinctifs de ces trois médicaments. Il sera donc facile de choisir celui qui sera indiqué. Quant *aux doses*, la clinique nous a appris que la teinture mère était préférable aux dilutions.

Dr P. JOUSSET.

TRAITEMENT DE L'ŒDÈME DES NOUVEAU-NÉS

L'œdème des nouveau-nés que, depuis Parrot, on a distingué du sclérème, est caractérisé par l'anasarque du tissu cellulaire, la diminution de l'énergie des contractions cardiaques, le ralentissement du pouls, le refroidissement et l'asphyxie.

Souvent cette maladie se complique de diarrhée, d'ulcération intestinale et d'ictère.

Traitement. — Cette maladie, qui survient dans les quatre ou cinq premiers jours de la naissance, chez les enfants nés avant terme et sur ceux qui ont été exposés au froid à leur naissance, se termine presque toujours par la mort dans un refroidissement progressif et le coma.

Les médicaments que je conseille sont la digitale, la caféine et le carbo-vegetabilis en première ligne, puis le lachesis et l'apium virus.

Digitale. — La digitale est parfaitement indiquée par la paralysie cardiaque plus ou moins avancée et par l'anasarque. Mais il faut se rappeler que pour répondre à ces indications, il est nécessaire de donner des doses pondérables.

D'un autre côté, la faiblesse excessive des jeunes malades ne leur permet pas de supporter un choc un peu violent. Nous conseillons, dans ces cas presque désespérés, d'administrer I goutte de digitaline de Miahle et de renouveler cette dose deux ou trois fois en vingt-quatre heures, suivant les effets produits.

L'effet qu'on attend de ce traitement est l'augmentation de l'impulsion cardiaque et de la force du pouls. Si les urines deviennent un peu plus abondantes, ce sera un signe qui portera le médecin à insister sur le médicament.

Caféine. — La caféine a une action analogue à la digitaline. Elle est moins dangereuse. Elle peut être administrée à la dose de 5 et 10 centigrammes en vingt-quatre heures.

Carbo vegetabilis. — C'est le grand médicament de l'asphyxie et de la défaillance cardiaque. On l'administrera donc dans les cas où la digitale n'aurait pas réussi, ou bien encore quand l'état du malade est tellement grave qu'on n'a pas osé administrer la digitaline.

Lachesis et apium virus. — Ces deux médicaments correspondent à l'anasarque et à la défaillance cardiaque, mais nous ne possédons aucun renseignement sur leur valeur clinique.

L'hygiène joue un grand rôle dans le traitement de cette maladie. Les enfants doivent être soumis incessamment à des frictions avec des flanelles chaudes, et entourés dans leur berceau de boules d'eau chaude. Ce qui serait mieux encore, ce serait de les coucher avec leur mère ou leur nourrice.

Ces petits malades refusent habituellement toute nourriture. Il faut donc mettre tout en œuvre pour leur faire prendre le sein ou leur faire avaler quelques gouttes de

lait avec une cuillère, quand ils refusent absolument de téter.

Disons maintenant un mot du *sclérème* des nouveau-nés, qu'on a longtemps confondu avec l'œdème, parce qu'il présente, comme cette dernière maladie, la dureté du tissu cellulaire, le refroidissement et les phénomènes d'asphyxie.

Dans le sclérème, au lieu de l'œdème, on constate un amaigrissement considérable avec une induration de la peau, qui fait corps avec les parties sous-jacentes, en sorte qu'il est impossible de faire un pli au tégument.

Cette affection a été considérée par certains auteurs comme produite par des phénomènes cadavériques anticipés. Elle ne survient qu'à la suite de l'atrepsie, se termine toujours par la mort et par conséquent n'a pas de traitement.

Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. PROPHYLAXIE DES ACCIDENTS PALUDIQUES DANS LES COLONIES. — II. TOXICITÉ DES ALCOOLS. — III. SUR LE ROLE PATHOGÈNE DES IXODES. — IV. SUR LA SÉROTHÉRAPIE DU TÉTANOS, ESSAIS DE TRAITEMENT PRÉVENTIF. — V. DEUX NOUVEAUX CAS D'ACTINOMYCOSE HUMAINE.

I

Séance du 15 octobre. — M. Henrot (de Reims) revient sur la question de la prophylaxie des accidents paludiques dans les colonies. Après avoir cité plusieurs observations, qui viennent à l'appui de la théorie qui soutient que les voies respiratoires sont les principales portes d'entrée de l'hématozoaire de Laveran, il conseille l'expérimentation : 1° de respirateurs chargés de ouate antiseptique, d'amiante, de charbon pulvérisé ou d'éponge maintenue humide; 2° sur la pénétration possible de la quinine, rendue plus soluble et moins irritante, par les voies aériennes qui possèdent un merveilleux pouvoir absorbant.

II

Dans la même séance, M. Daremberg revient sur la mesure de la toxicité comparée des diverses boissons alcoolique par l'injection intraveineuse chez le lapin.

D'après ces expériences, l'alcool chimiquement pur, de

quelque origine qu'il soit, de grains, de betteraves, de vin, ramené à 38 degrés, ne tue jamais les lapins de 2 kilogrammes à la dose de 10 centimètres cubes. Les vieilles eaux-de-vie ramenées à 38° d'alcool tuent toujours les lapins à cette dose de 10 centimètres cubes. Il y a donc dans les eaux-de-vie de vin d'autres toxiques que l'alcool. La chimie les a reconnus depuis longtemps, ils s'appellent : aldéhydes, furfurol, alcool supérieur. Aussi M. Daremberg soutient-il que les liqueurs fabriquées avec de l'alcool éthylique pur et aromatisées par des bouquets inoffensifs, ou avec un peu d'eau-de-vie de vin coupée de beaucoup d'alcool rectifié, seront moins toxiques que les eaux-de-vie de vin, surtout que les vieilles eaux-de-vie. A ce propos, M. Daremberg a remarqué que les lapins inoculés par la voie intraveineuse avec la tuberculose humaine sont de merveilleux réactifs des alcools impurs employés dans la fabrication des eaux-de-vie artificielles. Une telle eau-de-vie qui contenait de faibles traces d'alcool amylique et qui ne tuait pas des lapins sains, a tué tous les lapins en puissance de tuberculose depuis trois jours. L'alcool pur n'a pas plus tué les lapins tuberculeux que les lapins sains. Aussi conseille-t-il de ne donner aux tuberculeux que de l'alcool pur aromatisé.

Les eaux-de-vie de fruit sont aussi toxiques que les eaux-de-vie de vin ; toutes sont plus toxiques que les solutions correspondantes d'alcool pur légèrement aromatisées pour former les eaux-de-vie courantes. Les eaux-de-vie de prunes, de cidre, de marc de raisin, de bière, les rhums, les kirschs sont très sensiblement plus toxiques que les solutions similaires d'alcool pur. Voici la liste des équivalents toxiques de ces diverses liqueurs d'après le récent travail du professeur Joffroy :

Alcool pur.	11,70
Cognac jeune.	11,41
Armagnac vieux.	11,16
Eau-de-vie de cidre. . . .	10,57
— de marc. . . .	9,84
— de prunes. . .	9,41
Kirsch des Vosges.	8,40

M. Joffroy a aussi démontré l'extrême toxicité des aldéhydes et du furfurol en constatant que leur équivalent toxique était

Aldéhyde.	1,14
Furfurol.	0,24

Pour le plus grand nombre des liqueurs leur toxicité est proportionnelle à la quantité d'aldéhyde, de furfurol, d'alcools supérieurs qu'elles renferment.

L'analyse des rhums mouillés avec de l'alcool rectifié, comparée à celle des rhums naturels, montre pourquoi les premiers sont moins toxiques que les seconds; ils contiennent environ dix fois moins d'alcools supérieurs, d'aldéhydes et de furfurol.

Le kirsch naturel est une liqueur fort toxique, parce qu'elle contient beaucoup d'alcools supérieurs et un peu d'acide prussique. Le kirsch artificiel fait avec de l'alcool rectifié et légèrement aromatisé avec l'aldéhyde benzoïque est une liqueur moins toxique que le kirsch naturel.

Le genièvre fabriqué avec des baies de genièvre macérées dans de l'alcool pur, ne serait pas plus toxique que l'alcool pur. Les liqueurs contenant des essences sont toxiques surtout par ces essences, quelquefois aussi par la mauvaise qualité de l'alcool employé.

Les anisettes et les rakis, contenant de l'essence d'anis

vert, sont plus toxiques que les eaux-de-vie, que les rhums et même que les kirschs.

L'essence d'anis vert est au moins aussi toxique que l'essence d'absinthe. L'essence de badiane l'est un peu moins. Et comme ces trois essences se trouvent dans la liqueur appelée « absinthe », on voit à quel maximum de toxicité elle doit atteindre.

Certains amers, tel que le bitter angustura, quoique fabriqués avec des alcools purs, sont fort toxiques, presque aussi toxiques que l'absinthe. Les bitters et les byrrhs vulgaires sont plus toxiques que l'alcool pur lorsqu'ils ont été fabriqués avec des alcools mal rectifiés. Les vins, proportionnellement à la quantité d'alcool qu'ils contiennent, seraient plus toxiques que les eaux-de-vie de vin. Ainsi, la solution d'alcool pur à 10 degrés ne tue pas les lapins à la dose de 30 centimètres cubes. La solution d'eau-de-vie de vin ne les tue pas à la dose de 26 centimètres cubes. Presque tous les vins rouges tuent à la dose de 20 centimètres cubes et même souvent à la dose de 15 centimètres cubes. Les vins blancs qui sont fabriqués par la fermentation du jus seul du raisin sont sensiblement moins toxiques que les vins rouges produits par la fermentation de la peau, des pépins et souvent de la grappe complète.

Les expériences de M. Daremberg lui ont démontré que la grande toxicité des vins rouges réside non pas dans les substances volatiles, mais dans le résidu de la distillation de l'alcool, dans l'extrait. Aussi, d'après lui, la toxicité des boissons alcooliques est loin d'être proportionnelle à leur teneur en alcool. Ce qu'il y a de moins toxique dans les boissons alcooliques, c'est l'alcool.

III

M. Mégnin fait une communication sur le rôle pathogène des ixodes.

Les ixodes sont de grandes acariens connus sous le nom de *tiques*. Certains médecins, et surtout un médecin espagnol, le Dr Lozada, prétendent que ce parasite peut même déterminer chez l'homme une maladie, l'*ixodisme*. En voici, d'après le Dr Lozada, un cas type.

Un sujet fut pris au milieu de la nuit de malaises, de nausées, d'un état général grave, puis de vomissements bilieux et de démangeaisons intenses. La peau était couverte de plaques rouges, saillantes, disséminées avec traces de grattage. C'était l'aspect d'un urticaire grave.

Etudiant successivement les causes de cette urticulaire, le Dr Lozada découvrit dans l'aisselle un énorme ixode au milieu d'un tissu œdématié. Ayant enlevé le parasite, et lavé avec soin la place, il fit cesser immédiatement les accidents. Dans quatre autres cas, les accidents furent analogues. Le Dr Lozada conclut de ses observations que l'ixode peut inoculer une substance toxique qui paraît être l'acide formique. Cette substance introduite dans le sang peut déterminer les accidents cliniques observés. M. Mégnin s'inscrit en faux contre ces conclusions. Les ixodes espagnols seraient les mêmes que ceux de France. Or ceux-ci ne déterminent qu'un peu de gêne et pas de vraie douleur. M. Mégnin a essayé sur lui-même l'effet de la piqûre d'ixodes provenant de différents pays, — même de Perse où les ixodes ont la plus mauvaise réputation, puisqu'on prétend qu'ils occasionnent la mort de personnes qui viennent d'arriver dans le pays,— et n'a éprouvé ni douleur ni sensation désagréable.

IV

Séance du 22 octobre. — M. Nocard, d'Alfort expose en détail la question de la sérothérapie dans le tétanos.

Il fait l'historique général des toxines microbiennes et montre comment par l'inoculation successive de doses de ces poisons, d'abord extrêmement minimes, puis progressivement augmentées, on peut parvenir à immuniser des animaux. Avec MM. Roux et Vaillard, M. Nocard a pu obtenir une immunisation telle qu'il était possible d'inoculer d'un seul coup à un cheval, sans qu'il présente aucun accident, 250 à 300 centimètres cubes de toxine tétanique : de quoi tuer 2.500 chevaux.

M. Nocard étudie ensuite le mécanisme par lequel cette immunisation peut être réalisée. Il montre comment cet état réfractaire est obtenu progressivement et comment d'autre part la toxine, elle aussi, n'agit que lentement et ne manifeste son action par des symptômes objectifs que lorsque déjà l'imprégnation de l'organisme par le poison est réalisée. C'est ce qui fait que tandis que pour la diphtérie il est possible, dès l'apparition des membranes, et avant que l'intoxication ne soit réalisée, d'injecter du sérum antitoxique provenant des animaux immunisés, dans le tétanos, au contraire, la maladie n'éclate que lorsque l'organisme est saturé de toxines ; il est donc trop tard pour pouvoir lutter contre elles au moyen du sérum antitoxique. Il faut, dit M. Nocard, renoncer pour le moment au moins, à l'espoir de guérir le tétanos déclaré.

Mais ne serait-il pas possible, se demande-t-il; de pratiquer des inoculations de sérum antitétanique à titre préventif, dans les cas où une plaie serait contuse,

souillée de terre cultivée, de débris de fumiers ou infectée par des produits animaux.

M. Nocard a fait faire des expériences par des vétérinaires à la suite d'amputation de queue, de castration, de blessures des membres, etc. Il recommandait d'injecter à chaque sujet 10 centimètres cubes de sérum le plus tôt possible après le traumatisme suspect, accidentel ou opératoire ; douze ou quinze jours après on devait faire une nouvelle injection de pareille dose. L'expérience a porté sur 373 animaux, dont 327 chevaux, ânes ou mulets, 47 agneaux et 1 bœuf. Chacun des ces animaux a reçu 2 injections à quinze jours d'intervalle. Dans tous les cas, le sérum s'est montré absolument inoffensif, et aucun des animaux n'a pris le tétanos. M. Nocard cite trois des faits les plus intéressants.

1° En quatre ans, de 1891-1894, M. Picard a perdu 15 chevaux tétaniques. La maladie s'est toujours montrée soit après la castration, soit après l'écourtage (amputation de la queue) ; il a ainsi vu 2 cas en 1891, 6 en 1892 ; 4 en 1893 et 3 en 1894.

En 1895, M. Picard n'a perdu aucun de ses opérés ; c'est qu'il a eu la précaution de soumettre aux injections de sérum antitoxique tous ceux qui appartenaient aux exploitations où le tétanos s'était montré les années précédentes.

La plupart des correspondants de M. Nocard n'ont employé le traitement préventif que là où ils avaient observé antérieurement des cas de tétanos.

2° M. Coret, vétérinaire à Aubervilliers, voit chaque année, depuis quinze ans, de 30 à 40 cas de tétanos.

Pendant le premier semestre de 1895, il a soumis aux injections préventives de sérum antitoxique 54 chevaux

atteints de clous de rue, de piqûres de maréchal, de blessures aux membres, etc., toutes lésions particulièrement dangereuses au point de vue du tétanos; aucun de ces animaux n'est devenu tétanique. Or, pendant ce même semestre, M. Coret a été consulté pour 7 chevaux atteints de tétanos à la suite de traumatismes analogues, mais non soumis aux injections préventives. Depuis quinze ans M. Coret voyait au moins 15 chevaux tétaniques par semestre; cette année il n'en a vu que 7; la différence paraît pour M. Nocard, bien mesurer le bénéfice qu'il a retiré de la méthode nouvelle; 8 chevaux au moins ont échappé au tétanos grâce aux injections préventives du sérum antitoxique.

3° Le dernier fait montre que les injections de sérum antitétanique peuvent enrayer brusquement le tétanos, dans les troupeaux où il apparaît sous forme épidémique, consécutivement à la castration.

Le 21 mai 1895, M. Nocard envoyait à M. Gellez, vétérinaire à Carvin, du sérum pour 49 agneaux récemment châtrés; 9 d'entre eux avaient déjà succombé au tétanos; une première injection de 5 centimètres cubes fut faite le 25 mai aux 40 survivants; 2 moururent le jour même; les 38 autres restèrent bien portants. La mortalité avait cessé dès le lendemain de l'injection. De tous ces faits, M. Nocard se croit en droit de conclure que, si le traitement curatif du tétanos est encore à trouver, on pourrait du moins, grâce aux injections préventives du sérum antitoxique, réduire, dans une large mesure, le nombre des victimes de cette terrible maladie.

V

Dans la même séance, M. Poncet, de Lyon, communique

deux nouveaux cas d'actinomycose localisée à la région cervico-faciale.

Dans le premier, le début remontait à huit mois. La maladie avait revêtu l'aspect d'une fluxion dentaire. Au moment de l'entrée à l'hôpital le malade présentait des accidents phlegmoneux subaigus surtout marqués à la région temporo-maxillaire. Le microscope confirme le diagnostic clinique. Malgré un traitement ioduré intensif (4 grammes d'iodure de potassium par jour) et 7 interventions chirurgicales, l'état du malade s'est aggravé et fait redouter une terminaison fatale.

Le second malade de M. Poncet n'a jamais été en contact avec les animaux domestiques et n'a jamais cultivé la terre. La maladie a débuté après que le malade eut reçu sur la joue gauche un choc produit par la chute d'un piquet retenant la bâche qui couvrait l'éventaire sous lequel il vendait des oranges : quelque temps après, il survint du gonflement et une inflammation marquée du sillon naso-labial. La tuméfaction gagna les tissus voisins, et une collection purulente se produisit. Elle contenait des grains jaunes que le microscope permit de déterminer exactement comme étant des grains actinomycosiques. Il est donc nécessaire de penser à l'actinomycose dans nombre de cas de suppurations chroniques d'aspect singulier d'autant plus fort que souvent les lésions de l'actinomycose présentent une gravité et une ténacité souvent fort grandes. Elles peuvent amener la mort du malade.

Dr Crépel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Traitement de la pneumonie par les inhalations de nitrite d'amyle a hautes doses. — II. Traitement du hoquet par la respiration rythmée et forcée. — III. Ictus laryngé. — IV. Deux cas de tabes de commune origine syphilitique. — V. Evacuation de calculs biliaires par la voie stomacale. — VI. Œdème unilatéral droit dans les affections hépatiques.

I

Séance du 11 *octobre.* — M. G. Hayem rend compte de sa pratique hospitalière dans le traitement de la pneumonie. Il a eu l'idée de traiter ses malades par des inhalations de nitrite d'amyle à haute dose, XL, LX, LXXX et même C gouttes et il a publié ses résultats qui sont relativement encourageants,

Il administre le médicament sur une compresse comme on fait pour le chloroforme : on en verse d'emblée XV gouttes au centre de la compresse, qui est ensuite maintenue à 2 ou 3 centimètres du nez et de la bouche du malade, qui respire naturellement et largement ; dès que le nitrate d'amyle est évaporé, on en verse une nouvelle dose de XV gouttes et ainsi de suite. Dans les pneumonies d'intensité moyenne, M. Hayem ne fait qu'une séance par jour; dans les cas graves il en fait deux.

Pendant le cours des inhalations on observe les effets bien connus du nitrite d'amyle : rougeur de la face, accélération du pouls, battements artériels, pression des tempes, précipitation des mouvements respiratoires ; ensuite, grande fréquence du pouls qui devient très petit,

parfois toux légère, dyspnée ; plus tard lividité de la face, tendance à la cyanose des extrémités.

Les effets de ce traitement sont absolument pulmonaires ; il n'agit pas sur la durée de la maladie, ni sur la marche de la température. On observe « une diminution plus ou moins marquée et plus ou moins rapide de la dyspnée, une modification des crachats, qui tendent à venir moins visqueux et moins difficiles, une atténuation des phénomènes stéthoscopiques ».

Voyons les résultats du traitement : de janvier 1893 à fin juillet 1895, il a observé 77 cas de pneumonie ou de broncho-pneumonie ; sur ces 77 malades, 10 furent traités par l'expectation, tant ils étaient bénins, M. Hayem les compte cependant dans sa statistique.

De janvier à novembre 1893, 4 décès sur 31 cas, mortalité de 12,9 p. 100. En 1894, la mortalité fut beaucoup plus grande ; si on réunit les 77 cas, on arrive à 16 décès, mortalité de 21 p. 100.

Nous trouvons ces résultats peu brillants ; M. Hayem les juge assez satisfaisants par comparaison, étant donné que la pneumonie est très meurtrière à Saint-Antoine, à cause du grand nombre de malades alcooliques.

M. Ferrand, à propos de l'emploi du nitrite d'amyle à hautes doses, croit que l'on en a fortement exagéré la toxicité ; un de ses clients, atteint d'aortite, avec crises d'angine de poitrine, a l'habitude de respirer le nitrite d'amyle à même dans un flacon. « Une nuit, le flacon fut brisé et son contenu se répandit sur l'oreiller. Le malade se contenta de retourner l'oreiller et s'endormit dans une atmosphère saturée de vapeurs de nitrite d'amyle » sans en éprouver d'inconvénient.

M. Rendu a remarqué qu'il existe de grandes différences

suivant les sujets au point de vue du nitrite d'amyle; certains sont très impressionnés par quelques gouttes du médicament, d'autres peuvent en respirer des quantités véritablement considérables; cependant c'est un toxique et M. Potain ayant débouché un flacon près d'une cage contenant deux oiseaux ceux-ci furent foudroyés.

II

M. Félix Mathieu a eu recours avec succès chez 3 malades atteintes de hoquet au moyen suivant : il provoque des mouvements respiratoires, à la fois profonds et rapides (de 45 à 50 par minute).

M. Rendu fait remarquer que quoi qu'on ne l'ait pas publié c'est un moyen employé instinctivement depuis longtemps.

III

Séance du 18 octobre. — M. Merklen rapporte une observation d'ictus laryngé très intéressante à cause de la rareté du fait observé.

« Il s'agit d'un maçon, âgé de 39 ans, qui s'est présenté le 3 octobre dernier à la consultation de l'hôpital Laënnec, se plaignant de chutes répétées avec perte de connaissance qui se produisaient deux à trois fois par jour depuis trois semaines, chutes survenant toujours à l'occasion de violentes quintes de toux. Une large ecchymose du côté gauche de la face et une double ecchymose sous-conjonctivale montraient assez que cet homme avait dû tomber une ou plusieurs fois. » Pas d'antécédents de famille ni personnels intéressants; cependant il tousse tous les hivers depuis dix ans et c'est à l'occasion d'une

recrudescence de la toux que les premières chutes se sont montrées.

On ne trouve aucun stigmate d'hystérie, d'épilepsie ou de tabes. Le malade a un fort embonpoint, son thorax est globuleux, la poitrine présente une sonorité tympanique avec disparition de la matité précordiale ; il y a donc de l'emphysème.

« Les crises de toux avec chute étaient bien telles qu'elles ont été décrites par les auteurs. Elles débutaient par un picotement au larynx accompagné d'une gêne rétro-sternale et déterminant simultanément la toux quinteuse, la sensation de strangulation, bientôt suivie de cyanose et de sueurs de la face, parfois d'épistaxis, enfin d'une sorte de vague cérébral avec obnubilation de la vue et de chute avec ou sans perte de connaissance. La chute marquait la fin de la crise, la toux cessant aussitôt, et le malade se relevait immédiatement, n'éprouvant aucun malaise et reprenant son travail comme si rien ne s'était produit. » Ces crises se présentaient surtout après les repas, quelquefois aussi la nuit.

L'antipyrine à la dose de 2, puis de 3 grammes par jour a amené une amélioration très rapide.

A propos de son observation, M. Merklen rappelle ce que nous savons de cette affection.

L'ictus laryngé s'observe surtout l'homme, entre 40 et 50 ans, particulièrement chez de vieux tousseurs emphysémateux et obèses.

Le diagnostic est ordinairement facile ; on ne saurait le confondre avec l'épilepsie. « Les crises laryngées de l'ataxie locomotrice consistent parfois en cette même toux quinteuse avec chute, et, si le malade est un ancien syphylitique, quelques réserves sont à faire. »

Le pronostic est toujours favorable ; mais la guérison est quelquefois assez difficile à obtenir.

IV

M. A. Bernard communique l'observation de deux hommes qui eurent la syphilis de la même personne et qui sont tous les deux atteints de tabes ; il rapproche ce fait de ceux qui ont été rapportés par M. Morel-Lavallée pour la paralysie générale.

MM. P... et R..., appartenant à la meilleure société d'une ville de l'Est, pendant le carnaval de 1869, à Paris, partagèrent les faveurs de la même femme. Quelques semaines plus tard ils étaient porteurs tous les deux d'un chancre syphilitique. Leur maladie évolua d'une façon bénigne et fut soumise à un traitement léger.

M. P..., qui a 58 ans aujourd'hui, s'aperçut vers la fin de 1891 que sa vue commençait à baisser ; au printemps de 1892, séjour à Nice et nombreux excès vénériens, causés par une surexcitation génésique rapidement remplacée par une impuissance complète ; sa vue continuant à baisser il consulte un oculiste de Nice qui croit à une amaurose nicotinique. En mai 1892, d'autres signes tabétiques apparaissent : faiblesse des jambes, douleurs fulgurantes, perte du réflexe rotulien, troubles vésicaux, commencement d'incoordination motrice. Depuis aggravation progressive, cécité absolue, impotence complète.

M. R..., qui a 50 ans, a été pris un peu avant P..., en 1890, d'excitation génésique, de troubles visuels ; en 1893, douleurs fulgurantes, troubles vésicaux. Aujourd'hui l'œil droit est complètement perdu, le gauche est encore assez bon ; mais les symptômes d'incoordination n'ont

pas encore paru. Son tabes a évolué d'une façon moins rapide et moins maligne que celui de M. P...

Il aurait été intéressant de rechercher si d'autres personnes contaminée à la même époque par la même personne avaient aussi des symptômes tabétiques; cette recherche n'a pas été possible.

V

M. Hayem rapporte une observation d'évacuations nombreuses de calculs biliaires par la voie stomacale.

Dame de 36 ans, mariée depuis quinze ans, trois enfants, le dernier il y a huit ans; mère ayant souffert de l'estomac, son unique sœur ayant eu des coliques hépatiques.

Le 13 janvier 1893, crise douloureuse très vive présentant tous les caractères d'une colique hépatique, sans ictère et sans fièvre; depuis deux petits accès, bonne santé entre les crises.

Le 14 juillet 1893, vers le soir, vomissements abondants renfermant des débris d'aliments. « A partir de cette époque, elle se mit à rendre régulièrement tous les soirs, vers huit heures, une pleine cuvette de matières liquides renfermant des aliments. Il paraît que ce liquide était très foncé, amer, verdâtre. On n'y a pas recherché la réaction de Gmélin. Dans la journée, la malade éprouvait une sorte de gêne dans la région épigastrique, souvent aussi de l'oppression. Elle avait de l'appétit, mais mangeait à peine dans la crainte de vomir. Le soir, même lorsqu'elle n'avait ingéré que très peu d'aliments, l'estomac se débarrassait de son contenu et celui-ci paraissait souvent supérieur à la quantité des ingesta. En même temps survenait une constipation opiniâtre et de l'amaigrissement. »

Cure à Vichy, avec augmentation des vomissements, de l'amaigrissement. Vers la fin de septembre, le médecin de la malade s'aperçut que l'estomac était très dilaté. « Vers le milieu de novembre apparurent pour la première fois des coliques plus ou moins violentes, accompagnées de durcissement du ventre. En même temps les vomissements devinrent plus abondants et plus fréquents. Ces nouvelles douleurs, particulièrement intenses vers le soir, n'avaient pour la malade aucune ressemblance avec les crises douloureuses antérieures, considérées comme coliques hépatiques. »

Le 25 décembre, M. Hayem la voit en consultation : amaigrissement prononcé, affaiblissement général, sans teinte cachectique, sans dégoût de la nourriture. Langue bonne, soif vive, sensation de la faim assez développée ; gêne épigastrique constante avec un peu d'oppression, éructations et régurgitations, douleurs assez vives au niveau de l'ombilic, vomissements presque quotidiens et constipation opiniâtre. Estomac très dilaté, matité hépatique normale. M. Hayem pense à un rétrécissement du pylore, non cancéreux ; il repousse aussi l'ulcère simple (lavage de l'estomac chaque matin avec 3 à 4 litres d'eau bouillie, salicylée au 1/1000 ; trois petits repas de viande râpée et de lait ; deux lavements de peptone).

Le 14 février 1894, la malade est métamorphosée, a de l'embonpoint. Les douleurs et les vomissements ont très vite disparu, à la suite des premiers lavages, et la malade a assez rapidement réclamé une alimentation plus copieuse.

Le 2 janvier, après un lavage, vomissement renfermant des calculs hépatiques. Depuis elle en a rendu plu-

sieurs fois. La constipation est toujours opiniâtre, elle a engraissé de 7 livres.

L'estomac est encore très dilaté, mais moins ballonné.

Jusqu'à la fin d'avril la malade a été assez bien; à ce moment elle a rendu quelques nouveaux calculs, depuis lors, les douleurs et les vomissements des calculs sont revenus plus fréquents.

Les douleurs précèdent toujours le rejet des calculs. « Dans le cours des plus fortes crises, la douleur épigastrique répond dans le milieu du dos, remonte presque dans l'épaule droite. »

Le 11 mai et le 19 mai elle rend encore des calculs; avec le dernier elle expulse un pépin de raisin quoiqu'elle n'en ait pas mangé depuis cinq mois.

M. Hayem revoit sa malade le 20 juillet 1895. Depuis le mois de mai 1894 elle va bien, elle n'a plus rendu de nouveaux calculs, ne souffre plus, et mange à peu près à sa fantaisie. Elle a rendu en tout 38 calculs.

Cette observation est très intéressante et demande quelques commentaires.

Au moment où M. Hayem avait vu la malade pour la première fois il avait reconnu un rétrécissement du pylore à ces signes : dilatation énorme de l'estomac avec contractions violentes de l'estomac et vomissements fréquents, et à la présence, dans le lavage de l'estomac le matin, de débris alimentaires.

L'évacuation de calculs biliaires dans les vomissements lui a fait admettre comme probable une fistule entre l'estomac et la vésicule biliaire.

M. Galliard, dans une revue sur les vomissements de calculs biliaires, admet « quatre catégories principales de lésions : fistules cholécysto-gastriques (communication de

la vésicule avec l'estomac), fistules hépato-gastriques, fistules cholécysto-duodénales ; fistules cholédoco-duodénales ».

Dans cette revue, une des conclusions de M. Galliard est la suivante : « Calcul volumineux unique ou calculs vomis par un sujet *qui n'a jamais eu d'ictère* et qui a rejeté antérieurement simultanément de la bile, du pus et du sang, cela veut dire : « fistule cholécysto-gastrique ».

M. Hayem pense que c'est le cas de son observation, autant qu'on peut l'affirmer en l'absence d'autopsie, et, comme il est rare d'observer des accidents semblables, il rappelle les symptômes divers présentés par sa malade, ébauchant ainsi une description de cet accident nécessairement mal connu.

« La maladie a présenté 3 périodes assez distinctes. La première a été constituée par une crise douloureuse violente et par deux autres crises analogues mais beaucoup moins intenses. Des crises ont revêtu le masque clinique de la colique hépatique sans ictère.

« Maintenant que nous connaissons le mode de terminaison de l'affection des voies biliaires, nous pouvons nous demander si ces crises douloureuses ont été occasionnées, comme dans les cas ordinaires, par l'engagement incomplet des calculs dans le canal cholédoque, ou bien si elles ont marqué le passage en plusieurs temps des cholélithes, de la vésicule biliaire dans la cavité gastrique. J'hésite à me prononcer sur ce point. La malade a su faire une différence tranchée entre ses premières crises douloureuses et celles qui plus tard ont précédé les vomissements.

Mais il se peut fort bien que la vésicule biliaire ait eu

une tendance a se débarrasser de son contenu par la voie naturelle avant de se vider dans l'estomac. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que l'établissement d'adhérences entre la vésicule biliaire et l'estomac a dû s'effectuer avant la production de la dilatation, puisque celle-ci a été le résultat de cette sorte de péritonite circonscrite.

« La seconde phase de la maladie a été marquée par le développement progressif d'une dilatation par sténose, donnant lieu à peu de réaction ; puis est survenue une nouvelle phase douloureuse, caractérisée par des contractions péristaltiques violentes et par des vomissements abondants et fréquents.

« Les douleurs, qui ne ressemblaient plus cette fois aux coliques hépatiques, étaient-elles la conséquence du passage des calculs dans l'estomac ou bien de violents efforts que faisait cet organe pour se débarrasser de corps étrangers irritants ? Quand les lavages ont été institués et ont facilité l'expulsion des calculs, la malade a prétendu qu'elle pouvait prévoir à l'avance, d'après la nature et l'intensité des douleurs, les rejets des cholélithes. Mais elle a ressenti des crampes douloureuses analogues bien avant de vomir des calculs et plus tard ces crampes se sont souvent reproduites sans aboutir au rejet de corps étrangers. Il est donc permis de penser que les phénomènes douloureux et les contractions violentes de l'estomac étaient dues surtout à l'irritation produite par la présence des calculs ».

(*Séance du 25 octobre.*) — M. Galliard revenant sur la communication de M. Hayem, signale un fait qu'il a publié et qui se rapproche de celui de M. Hayem.

« Grundzach a vu à la consultation de Reichmann,

à Varsovie, une femme qui depuis longtemps avait des désordres gastriques et chez qui la limite inférieure de l'estomac dépassait de 5 à 6 centimètres l'ombilic, à jeun. Il n'y avait pas de tumeur. On repoussa l'hypothèse du cancer et l'on admit un rétrécissement cicatriciel du pylore de nature indéterminée. Or le lavage de l'estomac ayant été pratiqué, on vit sortir 4 calculs gros comme des pois, irrégulièrement polyédriques, avec des facettes arthrodiales, composés de cholestérine, de cristaux, d'acides gras et de pigment biliaire. »

VI

M. Hanot rappelle que le professeur Potain a décrit un œdème unilatéral d'origine rénale ; il a vu 4 fois un œdème unilatéral du côté droit dans les affections hépatiques, et il pense en conséquence que cette localisation de l'œdème doit être sous la dépendance de la lésion hépatique sans pouvoir cependant expliquer le mode de production de ce phénomène.

Les deux premières fois qu'il a observé cette variété d'œdème, il n'y a donné qu'une attention médiocre pensant que « l'œdème unilatéral s'expliquait par un décubitus prolongé sur le côté droit.

Voici le résumé des deux autres observations :

« Pendant le mois de juin dernier mourait dans mon service une femme de 63 ans, atteinte de diabète et de cancer du foie avec ictère : elle avait présenté, pendant la plus grande partie de son séjour à l'hôpital, un œdème qui occupait les membres supérieur et inférieur, la moitié du tronc et de la face du côté droit.

« En même temps, se trouvait dans la même salle une femme de 66 ans, atteinte d'affection cardiaque avec foie

cardiaque et qui mourut au mois d'août. Elle présenta également, pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, un œdème unilatéral droit très manifeste que représentent la photographie et les dessins que je mets sous les yeux des membres de la Société.

« Je ferai remarquer que lorsque l'œdème s'est étendu aussi au côté gauche, il est toujours resté plus développé sur le côté droit. Un examen minutieux fait à plusieurs reprises a montré que l'œdème unilatéral ou hémiplégique droit était indépendant du mode de décubitus.

« Je me demande donc s'il ne serait pas permis de le rattacher à la lésion hépatique en vertu d'une pathogénie encore incertaine. »

D^r^ MARC JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX

DU FLOT LOMBO-ABDOMINAL DANS L'ASCITE.

M. le Dr Bard, de Lyon, décrit un nouveau procédé pour la constatation du flot dans les épanchements ascitiques ; le patient se trouvant dans la position assise, le médecin percute avec une main la région du carré des lombes, des deux côtés de la colonne vertébrale, en plaçant son autre main successivement sur les diverses parties de l'abdomen. Il sent ainsi très facilement le flot déplacé par la percussion de l'autre main.

Ce procédé permet de reconnaître des épanchements peu abondants, qui ne produiraient pas le flot dans la position où on le recherche d'ordinaire.

Il permet aussi quelquefois le diagnostic différentiel des épanchements abdominaux : ainsi chez un malade du Dr Bard, chez lequel on hésitait entre une péritonite tuberculeuse, à forme ascitique, et une cirrhose du foie, la présence du flot lombo-abdominal à droite et son absence à gauche ont permis d'assurer le diagnostic, lequel fut vérifié par une ponction exploratrice qui décela la présence de masses indurées dans le flanc gauche. (*Semaine médicale*, 10 août.)

EMPOISONNEMENT PAR LA SANTONINE.

Le Dr Divet, de Jauze, fut appelé auprès d'un enfant de 11 ans, qu'il trouva dans un état de stupeur considérable, avec pouls lent, pupilles extrêmement dilatées et insensibles à la lumière ; l'enfant s'étant plaint l'avant-veille

de douleurs intestinales, les parents croyant à des vers intestinaux lui avaient administré une dose estimée à 40 centigrammes de santonine, renouvelée le lendemain. Sous l'influence de ce traitement, il avait eu des troubles de la vue (il voyait jaune et vert, il croyait voir les autres enfants du village danser autour de son lit avec des visages jaunes et verts), quelques mouvements convulsifs du bras droit, puis état comateux qui durait encore et dont il ne sortait que par moments, quand il était pris d'hallucinations de la vue ou qu'il se plaignait de douleurs abdominales. Deux lavements purgatifs amenèrent rapidement la guérison; cependant l'enfant conserva quelque temps une grande faiblesse musculaire jointe à une certaine paresse cérébrale. (*France médicale*, 27 sept.)

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR LA TUBERCULOCIDINE.

Le Dr Mac Cormick a rapporté l'observation de quatre malades atteints de tuberculose pulmonaire qu'il a traités avec la *tuberculocidine*, substance tirée de la tuberculine de Koch par le professeur Klebs, de Zurich ; voici le modus operandi : le chlorure de platine, ainsi que toutes les substances connues sous le nom de réactifs des alcaloïdes, précipitent dans la lymphe de Koch toutes les substances toxiques et nocives. Dans la solution, il reste une substance albumineuse qui peut être précipitée par l'alcool. Cette albuminose peut être obtenue à l'état pur, et c'est elle qui, selon le professeur Klebs, possède les principes curatifs de la tuberculose.

Le Dr Mac Cormick injectait d'abord 2 milligrammes et demi de tuberculocidine, dissoute dans de l'eau distillée

et de l'eau phéniquée au 100^e par parties égales. La dose était augmentée progressivement chaque jour et il fallait arriver à une dose de 10 milligrammes pour observer une légère réaction : hyperthermie légère, céphalalgie, etc. On arrivait jusqu'à injecter 2 centigrammes de tuberculocidine. Voici les résultats obtenus : diminution et disparition de la toux, de l'expectoration et des sueurs nocturnes ; augmentation de l'appétit, des forces et du poids du corps ; atténuation et même disparition (d'après l'auteur) des signes physiques de la tuberculose pulmonaire. En moyenne, après vingt piqûres, les malades éprouvent déjà une grande amélioration. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 janv. 1894.)

VERATRUM ALBUM DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA

Un de nos confrères allopathes de Nice, le Dr Linthilhac, a découvert, en l'an de grâce 1894, le veratrum album comme le médicament du choléra, quoique ce médicament ait été indiqué par Hahnemann dès la première épidémie cholérique.

Il a fait part de cette découverte au Dr Dujardin-Beaumetz auquel il écrivait le 23 janvier 1894. Il emploie le veratrum comme nous autres homœopathes, mais à une dose plus forte que celle dont nous nous servons d'habitude ; il prescrit une potion de 150 grammes d'eau distillée contenant de 15 à 40 gouttes d'alcoolature de veratrum album (notre teinture mère) et il fait prendre une cuillerée à café tous les quarts d'heure d'abord, puis en éloignant les doses suivant l'amélioration obtenue. Il aurait employé ce traitement sur plus de 1.000 malades avec 9 pour 100 de décès seulement. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 fév. 1894.)

MÉNINGITE TUBERCULEUSE GUÉRIE PAR LA TRÉPANATION ET LE DRAINAGE DE L'ESPACE SOUS-ARACHNOÏDIEN

Il y a toujours lieu d'accepter avec réserves les cas de guérison de la méningite tuberculeuse, cependant l'observation de MM. Ord et Waterhouse est assez convaincante et la terminaison malheureusement fatale de cette maladie autoriserait à essayer cette pratique, étant donnés surtout les résultats favorables de l'intervention dans la péritonite tuberculeuse.

Il s'agissait d'une fillette de 5 ans entrée à l'hôpital le 24 octobre 1893 et présentant les symptômes suivants : cris hydrencéphaliques, température de 38°, pouls à 104, régulier mais faible, 20 respirations par minute, raie méningitique très marquée, léger degré de névrite optique ; bientôt le pouls devient irrégulier et la névrite optique s'accentue surtout à gauche. On s'attend d'un instant à l'autre à voir survenir le coma, lorsque l'on se décide à faire un drainage de l'espace sous-arachnoïdien, avec l'idée de diminuer la pression intracranienne. Chloroformisation, trépanation sur une ligne allant de l'apophyse mastoïde à la crête occipitale externe. La dure-mère bombe par l'ouverture, on l'incise et on laisse un drain dans l'espace sous-arachnoïdien. Ecoulement d'un liquide clair pendant dix-huit jours et guérison complète. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 oct. 1894.)

GUÉRISON DE L'ÉPITHÉLIOMA CUTANÉ

M. Gavino a affirmé, au congrès de Rome, guérir tous les

épithéliomas cutanés sans exception par deux applications, à douze jours d'intervalle, du mélange suivant :

Acide nitrique fumant	10 grammes
Bichlorure de mercure. . . .	4 —
Papier Berzélius. . . . . , . .	Q. s.

pour faire une pâte fluide.

TRAITEMENT DU TÆNIA PAR LES SOLUTIONS IODO-IODURÉES

D'après un médecin anglais, M. le D[r] J.-H. Newington (de Bognor), les préparations iodées paraissent être douées d'une action tænicide puissante. Notre confrère l'a constaté par hasard chez un malade qui rendit un énorme tænia, dont l'existence n'avait pas été soupçonnée, après avoir fait usage de la solution ci-dessous formulée :

Iodure de potassium.	2 gr. 25 centigr.
Iode métallique.	0 — 75 —
Eau	30 —

F. S. A. — A prendre : X gouttes trois fois par jour.

Depuis lors, M. Newington a eu l'occasion d'administrer cette solution à plusieurs autres sujets porteurs de tænias. Dans tous ces cas, le parasite fut expulsé mort et il n'y eut pas de récidive. (*Semaine médicale*, 9 oct.)

TRAITEMENT DU DIABÈTE SUCRÉ PAR LA LEVURE DE BIÈRE.

M. Cassaët a fait une communication sur ce sujet au Congrès de médecine de Bordeaux (séance du 12 août).

La levure de bière administrée à la dose quotidienne de 50 grammes au moment des principaux repas à trois diabétiques a produit de bons résultats, bien que son emploi n'ait pu être suffisamment prolongé, en raison de la difficulté pratique qu'il y a à empêcher, durant l'été, toute fermentation acétique ou putride.

Bien acceptée par les malades, la levure produit dans les quelques instants qui suivent son absorption une très grande quantité de gaz qu'expulsent des éructations très fréquentes, puis, dans les cours de la première ou de la seconde journée, une diarrhée très fétide avec des gaz en abondance. Au bout de quelques jours, la tolérance s'établit et le diabétique ne tarde pas à éprouver un bien-être depuis longtemps inconnu : son état général se relève, son appétit renaît, ses forces augmentent, ses douleurs s'atténuent, son poids enfin se modifie.

C'est ainsi que j'ai constaté des augmentations de 3, 5 et 8 livres au bout de quinze jours de traitement chez mes trois malades, dont l'un était phtisique en même temps que diabétique et avait perdu 13 kilogrammes depuis deux ans, et dont le second était atteint de diabète très grave. Ce qui prouve l'action directe de la levure, c'est la facilité avec laquelle le poids baisse de nouveau lorsqu'on abandonne la médication.

Les forces augmentent parallèlement et j'ai noté au dynamomètre une amélioration de 12 à 20 kilogrammes pour la main droite, de 17 à 22 kilogrammes pour la main gauche, au moment même où le diabétique cachectique augmentait de 5 livres.

Enfin, les urines s'améliorent, l'urée reste stationnaire ou augmente et le taux du sucre diminue. Dans un cas, il est tombé de 32 grammes à 7 gr. 40 par litre, dimi-

nuant, si l'on s'en rapporte à la quantité totale émise par un de mes malades, des trois quarts dans l'espace de quinze jours, et des deux tiers chez un autre.

En résumé, chez les diabétiques gras, maigres ou même phtisiques, la levure fait disparaître les douleurs, relève les forces, améliore l'état général, diminue la glycosurie et augmente le poids du corps. (*Semaine médicale*, 11 août.)

DE L'ICTÈRE CONSÉCUTIF A L'USAGE INTERNE DE L'EXTRAIT DE FOUGÈRE MALE.

M. Grawitz rapporte plusieurs observations d'ictère consécutif à l'usage de l'extrait de fougère mâle, ictère ayant même une fois amené la mort.

Un buveur, immédiatement à la suite d'une cure par l'extrait de fougère mâle, a présenté les manifestations d'une cirrhose du foie avec ictère, à laquelle il a succombé. Chez deux autres sujets, des syphilitiques, les manifestations d'une cirrhose du foie avec ictère se sont montrées également à la suite d'une cure par l'extrait de fougère mâle ; dans un 4e cas l'ictère est survenu chez un sujet sain en apparence, à la suite de 3 cures consécutives par l'extrait de fougère. Dans les 3 premiers cas, il s'agissait de sujets chez lesquels le parenchyme hépatique était altéré. Mais chez le 4e sujet, le parenchyme hépatique était présumablement sain.

Il y a donc lieu de supposer que le développement de l'inflammation interstitielle du parenchyme hépatique était une conséquence directe de la cure par l'extrait de fougère mâle. Ces faits semblent prouver que l'extrait de

fougère exerce sur le parenchyme hépatique une influence nocive. Celle-ci, dans les cas légers, se traduit par une destruction exagérée de globules rouges, et par de l'ictère ; dans les cas graves par une altération palpable du parenchyme hépatique. Aussi y a-t-il lieu de procéder avec beaucoup de réserve, quand on prescrit l'extrait de fougère mâle à des malades qui présentent des altérations déjà existantes du parenchyme hépatique, notamment chez les alcooliques et chez les syphilitiques. (*Revue intern. de thérap. et de pharmacol.*, 15 octobre.)

TEUCRIUM SCORODONIA DANS LA TUBERCULOSE

Un jour dans les Ardennes, le Dr Martiny eut l'occasion d'examiner en passant un malade d'une trentaine d'années, hâve, amaigri, les épaules pointues, étroites, le dos voûté, toussant, crachant, ne dormant plus. Il l'examina, et après avoir constaté tous les signes d'une caverne à l'un des sommets, il le condamna à courte échéance. Un an après, repassant par là, il vit sur le seuil de la même maison un homme à la mine pleine de santé : il s'approcha et s'informa du pauvre diable qu'il avait vu mourant l'année d'avant ; quelle ne fut pas sa surprise d'entendre le beau gars lui répondre : « Mais c'est moi, Monsieur... ». Vous voyez l'étonnement de notre confrère : il questionna et apprit qu'une vieille femme avait recommandé au malade une herbe qui croît abondamment dans les bois du pays et lui en avait fait une tisane qu'il avait prise journellement, il en avait même une grande provision qu'il avait pendue pour sécher aux sommiers du plafond de sa chambre. C'était le *teucrium scorodonia*, une ger-

mandrée de notre pays, que l'on trouve communnément dans les bois; la plante fit merveille et ressuscita positivement le malade.

A quelques années de là, au cours de sa pratique homœopathique, le Dr Martiny songea à expérimenter la plante dont il avait vu des effets si merveilleux. Il en fit faire des dilutions qu'il administra dans des cas de consomption. Les résultats furent tels que le médicament est entré dans sa pratique journalière des bronchorrhées et des maladies consomptives à éléments tuberculeux et à expectoration muco-purulente; il a l'habitude de l'alterner avec *calcarea phosphorica*, *iodure d'arsenic soluble* et *mercure*.

J'ai souvent recours au même remède et les résultats que j'en obtiens sont très satisfaisants : sous son influence très souvent les crachats deviennent moins épais, plus blancs, moins mauvais, moins abondants; j'ai vu très souvent la toux diminuer dans une même proportion, la respiration devenir plus facile, le sentiment de l'anhélation moins profond; j'ai vu des améliorations considérables se manifester dans les cas les plus graves.

Depuis lors ayant lu, il y a quelques années, dans un journal allopathique, que des éléments tuberculeux de la peau avaient disparu sous l'influence d'injections de teucrine, faites dans la substance du mal, j'eus l'idée d'employer ce remède dans le traitement d'une affection tuberculeuse du testicule.

Le sujet était un solide gaillard, paysan et fermier, fort en chair et d'une large encolure, très coloré, d'un rouge brique, épais et strumeux. Il était porteur depuis dix ans d'un testicule énorme, gros comme un coing, mesurant 15 centimètres de haut sur 10 de large

et très pesant. La tumeur était dure, pleine, non rénitente, comme un sarcome, sauf en un point inférieur où se trouvait une partie molle, dépressible, donnant au doigt la sensation d'une collection liquide. Ce n'était pas un cancer, ce n'était pas un fibrome ni un sarcocèle; ce n'était pas non plus un testicule syphilitique; je posai le diagnostic d'un testicule tuberculeux.

Je prescrivis *scorodonia* 6e, à prendre une goutte tous les jours dans 4 cuillerées d'eau, 1 cuillerée trois quarts d'heure avant chaque repas.

Au bout de trois mois, le malade remarquait une sorte de détente dans son état : le testicule lui paraissait moins dur et moins pesant; trois mois plus tard le volume de la tumeur avait notablement diminué; le fait était incontestable et, après seize mois de traitement, le tumeur était réduit au quart et ses dimensions avaient diminué de moitié.

Aujourd'hui le testicule est revenu à peu près à ses dimensions normales, sauf dans sa tunique fibreuse qui a conservé dans le cordon une épaisseur considérable, mais d'une structure normale en dehors de son état hypertrophique. (*Revue hom. Belge*, juin 1895.)

TRACTIONS RYTHMÉES DE LA LANGUE DANS L'ASPHYXIE PAR PENDAISON.

M. le Dr Callamand, de Saint-Mandé, écrit à M. Laborde pour lui raconter l'observation suivante :

« Le 19 août dernier, à 8 heures du soir, je suis appelé auprès d'un ouvrier plombier, âgé de 27 ans, maigre et plutôt chétif, qui venait de se pendre dans sa cave, à la

suite d'une scène de ménage. Il résulte de divers éléments d'appréciation, trop fastidieux à exposer en détail, que la suspension avait duré cinq ou six minutes au moins.

« A mon arrivée, je trouvai mon confrère le Dr Grach, qui depuis quelques minutes avait commencé les *tractions linguales.*

« *Le pouls était complètement insensible; les battements du cœur n'existaient plus, la respiration était abolie, en un mot, la vie semblait irrémédiablement tranchée.* Notre intervention ne nous apparaissait guère que comme un essai loyal de votre très facile méthode.

« Au bout de vingt minutes, s'établirent quelques inspirations râlantes, d'abord rares, puis plus fréquentes, très irrégulières et très inégales. Le pouls était encore douteux, presque imperceptible, puis il disparaissait tout à fait et ne revenait qu'après de longues minutes.

« Bref, nous ne pûmes quitter notre patient, avec quelque espoir encore bien fragile, qu'*après une heure un quart de tractions.*

« Notre pendu ressuscité ne recouvra d'ailleurs sa connaissance qu'au bout de plus de vingt-quatre heures.

« Il a gardé pendant plusieurs mois le sillon de la ficelle qui lui avait servi, profondément imprimé dans la peau du cou. Je l'ai revu il y a quelques jours en parfaite santé.

« Je ne pouvais m'empêcher de penser, après cette résurrection inespérée, aux très nombreux asphyxiés que j'avais eu l'occasion de voir lors de la catastrophe de la gare de Saint-Mandé en juillet 1891. Votre procédé était encore ignoré. On fit vainement la respiration artificielle, nul asphyxié ne revint à la vie. Nos efforts sans doute

auraient été plus heureux si votre méthode eût été connue. » (*Tribune médicale*, 1er mai 1895.)

DEUX CAS D'INSUFFISANCE AORTIQUE GUÉRIE PAR L'IODURE DE POTASSIUM.

M. Picot a rapporté au congrès de médecine interne de Bordeaux les deux observations suivantes :

J'ai eu l'occasion d'observer un homme, âgé de 30 ans, manifestement alcoolique et athéromateux, qui était porteur d'une dilatation avec insuffisance aortique; en outre, le cœur gauche était considérablement hypertrophié. L'iodure de potassium, à la dose de 1 gr. 50 centigr. à 2 grammes par jour, parut tout d'abord inefficace : en effet, au bout de trois mois, on observait en plus une insuffisance mitrale. Mais plus tard, ce traitement ayant été continué pendant deux ans et demi, on assista à la disparition des symptômes morbides.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'un malade atteint d'un anévrysme de la crosse aortique avec insuffisance des valvules sigmoïdes. Le traitement ioduré amena, dans un laps de temps de sept à huit mois, une rétrocession des phénomènes d'insuffisance aortique.

Ces deux observations permettent d'espérer, sous l'influence de l'iodure de potassium et de la suppression des boissons alcooliques, la guérison des affections aortiques. (*Semaine médicale*, 17 août 1895.)

PSEUDO-COQUELUCHE PRODUITE PAR UN CORPS ÉTRANGER DU LARYNX.

Le Dr de Pradel a rapporté à la Société médicale des bureaux de bienfaisance l'histoire d'une petite fille de 5 ans qui lui fut amenée le 4 juin 1894; cette enfant venait, disait sa mère, d'avaler un petit caillou. Comme elle n'en était pas autrement gênée et que l'on ne retrouvait pas le corps étranger dans le pharynx, il était probable que le caillou était dans l'estomac et serait rendu naturellement.

Dans la nuit du 4 au 5, crise de toux rauque ressemblant à de la laryngite striduleuse.

Les jours suivants les quintes continuèrent et prirent un caractère de coqueluche ; à la consultation de l'Enfant-Jésus ou diagnostiqua et on traita une coqueluche. La coqueluche continuait sans modification lorsque, le 28 octobre 1894, plus de quatre mois après les premiers accidents et les premières manifestations de la toux l'enfant, jouant avec son père qui venait de la tirer violemment par le bras, fut prise d'une forte quinte de toux, et vomit après sa quinte, et devant ses parents, un petit caillou. Dès ce moment précis, la toux et les quintes cessèrent pour ne plus reparaître.

Le caillou, que les parents voulurent bien nous confier, pèse exactement 0 gr. 80; il a la forme d'un petit haricot flageolet, mesure 13 millim. 1/2 dans sa plus grande longueur et 8 millim. 1/2 dans sa plus grande largeur; il a de plus une épaisseur de 4 millim. 1/2. Que ce petit caillou ait séjourné pendant toute la période de toux coqueluchoïde, du 4 juin au 28 octobre, dans le

larynx de la malade, cela ne fait pour nous l'ombre d'un doute. Le début de la toux aussitôt après l'ingestion du corps étranger, sa cessation brusque aussitôt son expulsion ne peuvent laisser subsister aucun doute à ce sujet. (*France médicale*, 5 avril 1895.)

TROIS AUTOPSIES D'ACROMÉGALIQUES.

M. Dallemagne a pu faire l'autopsie de trois malades atteint d'acromégalie.

Dans ces trois cas qui, à part l'acromégalie, étaient très dissemblables (le premier mort de diabète, le second d'artério-sclérose généralisée, le troisième d'un cancer de l'estomac) il existait des lésions de la glande pituitaire; il y a donc bien une relation entre l'acromégalie et cette glande. (*Semaine médicale*, 2 octobre 1895.)

VARIÉTÉS

DE L'INGÉRENCE DU CONSEIL MUNICIPAL DANS LES HOPITAUX DE PARIS.

Le mode de publicité de notre journal ne nous permet guère d'intervenir dans les questions analogues à celles qui ont agité le quartier latin la semaine dernière. Cependant, ancien élève des hôpitaux, nous voulons que les candidats à l'externat connaissent toutes les sympathies que nous avons pour eux.

Un Conseil municipal qui ne craint pas d'accorder six mille francs à chacun de ses membres, malgré l'esprit et la lettre de la loi, comme indemnité de voitures, a bien osé proposer la suppression accordée aux externes des hôpitaux excentriques qui ont chaque matin, quatre à huit kilomètres à faire pour se rendre à leur service.

Cette indemnité, qui varie de trente à cinquante francs, suivant les distances, est bien inférieure à celle qu'on accorde à un commissionnaire pour une semblable course. Elle a été attribuée très justement par l'administration des hôpitaux à une classe de jeunes gens qui commencent ainsi une carrière honorable entre toutes par ce qu'elle a pour but la santé publique. Ajoutons que parmi les étudiants en médecine beaucoup appartiennent à des familles peu aisées.

Cet acte du Conseil municipal, tout triste qu'il soit, aurait peu d'importance s'il ne se rattachait à un vaste projet, celui de mettre la main sur les hôpitaux de Paris.

Dans la séance du 25 octobre M. Blachette a tout simplement proposé de supprimer l'externat dans les hôpitaux, et il a déposé un vœu tendant à ce que les médecins et chirurgiens soient nommés pour trois ans avec renouvellement facultatif !

Quand la parole est aux incompétents, les choses les plus monstrueuses sont possibles.

Ainsi, voilà un Conseil municipal qui ne semble pas comprendre que l'Ecole de médecine et de chirurgie de Paris n'a pas son égale dans le monde, que c'est une illustration et une gloire pour la France. Il ne sait pas que cette grande école parisienne est constituée non seulement par la Faculté mais encore par les hôpitaux. Faut-

il apprendre aux conseillers municipaux que les externes et les internes constituent l'élite de la jeunesse des écoles ; que pour arriver à l'internat il faut un travail assidu et prolongé ; qu'enfin les médecins et chirurgiens arrivés après la lutte des concours trouvent réunie dans les hôpitaux de Paris une richesse de cas pathologiques qui font d'eux ces grands médecins et ces grands chirurgiens dont on vient suivre les leçons de toutes les écoles du monde.

Et c'est ce magnifique monument élevé à la science médicale et chirurgicale sur lequel les membres du Conseil municipal, la plupart incompétents, osent bien porter la main.

Nous signalons ce danger à nos confrères de la grande presse qui sont en situation de défendre une institution aussi précieuse pour la science que bienfaisante pour les malades.

En outre, un règlement administratif récent a divisé Paris en un certain nombre de circonscriptions, correspondant chacune à certains hôpitaux, de telle sorte que les déshérités de la fortune sont privés d'une des premières libertés, celle de se faire traiter par le médecin dans lequel ils ont confiance. Il est complètement exorbitant, par ce temps d'égalité, que l'on refuse aux travailleurs ce qui est permis aux personnes fortunées ; si un ouvrier habite tel arrondissement, il lui sera interdit d'aller chercher dans tel hôpital le chirurgien ou le médecin dans lequel il a confiance ; s'il préfère l'hôpital ayant des gardes-malades religieuses ou celui qui a été laïcisé, il ne sera pas libre de le choisir, il doit aller à celui qui lui est désigné.

Dr P. JOUSSET.

CRÉATION D'UNE FACULTÉ DE MÉDECINE HOMŒOPATHIQUE A MEXICO

Par décret en date du 31 juillet 1895 le président de la République du Mexique, M. Porfirio Diaz, a érigé en Faculté l'Ecole de médecine homœopathique, qui existait à Mexico depuis 1889. Voici les considérants de ce décret :

« Considérant que depuis l'an 1889 il existe dans cette capitale une école de médecine homœopathique fondée par des particuliers, laquelle est chargée d'un hôpital soutenu par les fonds de la bienfaisance publique et où les élèves de ladite école font leurs études ; qu'il est utile pour le bien public de régulariser l'existence de cette pépinière afin que les cours qui y sont professés comprennent toutes les notions scientifiques requises par la loi pour la profession médicale en général ; qu'on donnera ainsi pleine garantie aux citoyens qui ont recours au traitement homœopathique, en évitant les abus de ceux qui le pratiquent sans avoir ni instruction, ni diplôme qui les y autorise ; que les résultats obtenus sur les malades traités audit hôpital sont satisfaisants, ainsi que le démontrent les statistiques publiées en temps opportun, nous décrétons ce qui suit :

Article premier. — Il est créé dans le District Fédéral la profession de médecin-chirurgien homœopathe.

Art. 2. — Pour obtenir le diplôme de médecin-chirurgien homœopathe, il faut avoir subi avec succès des examens sur les matières dont la connaissance est exigée par la loi pour l'exercice de la médecine en général et qui font l'objet des cours suivants :

Anatomie descriptive ; Histologie ; Physiologie ; Dissection ; Pathologie interne ; Pathologie générale ; Pathologie externe ; Anatomie topographique ; Médecine opératoire ; Accouchements ; Hygiène ; Médecine légale. Matière médicale ; Thérapeutique ; Exposé des principes fondamentaux de la doctrine homœopathique et clinique interne, externe et obstétricale.

Art. 3. — Sont valides pour l'obtention du diplôme de médecin-chirurgien homœopathe les études professionnelles faites à l'Ecole homœopathique, fondée en 1889 par un groupe de particuliers et qui, à cet effet, est érigée en Ecole nationale. Un règlement spécial fera connaître la distribution des cours et les formalités nécessaires pour obtenir ce diplôme.

Art. 4. — Les médecins-chirurgiens homœopathes diplômés conformément au présent décret jouiront des mêmes droits et seront soumis aux mêmes obligations que les médecins-chirurgiens allopathes.

Article transitoire. — Le présent décret sera mis en vigueur à partir du 1er janvier 1896.

La Homœopatia, journal homœopathique de Mexico, après avoir publié le présent décret, publie le règlement de la nouvelle Faculté de médecine. Elle aura à sa tête un directeur, un secrétaire et un préfet. Le premier devra être professeur de ladite école et sera nommé par le Gouvernement ; les deux autres, ainsi que les professeurs, seront nommés par le Gouvernement, sur la proposition du directeur. Pour être admis à suivre les cours de la Faculté, il faudra présenter les mêmes certificats d'études que ceux qui sont exigés des élèves de la Faculté allopathique. La durée des études est de cinq ans pendant les-

quels les étudiants devront subir d'abord des examens de fin d'année et finalement un examen définitif, dit examen professionnel ; le jury de ce dernier examen sera composé de 5 professeurs.

Nous félicitons nos confrères mexicains de ce succès, qui aura de grandes conséquences pour le développement de l'homœopathie dans leur patrie. Leur recrutement est maintenant assuré et la doctrine d'Hahnemann va, comme aux Etats-Unis, faire chez eux de rapides progrès.

D^r Léon Simon.

COURS DE CLINIQUE THERAPEUTIQUE

Le D^r P. Jousset, ancien interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris, commencera le mardi 3 décembre, à 5 heures 1/2 du soir, à l'hôpital Saint-Jacques, un cours de clinique thérapeutique au lit du malade. Ce cours sera continué à la même heure les mardis et vendredis suivants.

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY. 52, rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

DÉCEMBRE 1895

MICROBIOLOGIE

L'ÉCOLE MICROBIENNE ET LA SPONTANÉITÉ MORBIDE

Il y a juste quatre ans, le 25 novembre 1891, le professeur Peter, auquel j'avais communiqué un article de l'*Art médical* sur *la spontanéité morbide*, m'écrivait la lettre suivante :

Cher et savant confrère,

J'ai lu avec intérêt l'article que vous m'avez envoyé sur la doctrine microbienne et le retour *à la spontanéité morbide*.

Permettez à celui qui l'a soutenue en pleine agitation microbienne, au risque d'être honni, vilipendé, traité de *gaga* (cela m'a été envoyé de Marseille par la poste et sans signature), et qui, s'il avait vécu du temps d'Etienne Dolet, aurait été brûlé comme lui, permettez-lui, dis-je, d'avoir défendu la spontanéité morbide.

Les microbiens y reviennent, et de fort mauvaise grâce, bien qu'ils y soient forcés, et je n'ai pas à leur en savoir gré. Il me suffit de voir triompher la doctrine de la vérité et du sens commun : le reste m'est indifférent.

Croyez, Monsieur et très savant confrère, à mes sentiments de bonne confraternité.

Dr PETER.

Depuis quatre ans, la science a marché, les études de laboratoire ont établi qu'il n'était plus possible de conserver cette illusion d'un même microbe engendrant la même maladie; elles ont démontré le polymorphisme c'est-à-dire la transformation du microbe; elles nous ont appris que les microbes pathogènes habitaient en nous à l'état latent. Dans un article tout récent, le Dr Charrin après avoir résumé tous ces faits nouveaux concluait que le microbe n'était qu'une *cause banale*.

Il ne faudrait pas croire cependant que ces faits aient suffi au triomphe de la spontanéité morbide et que ceux qui voulaient précipiter Peter de la roche Tarpéienne soient prêts à le porter au Capitole. Non, le préjugé est trop enraciné pour cela; et le mirage de la reproduction d'une maladie à l'aide du microbe qui la caractérise, a trop d'empire sur la masse des médecins pour qu'ils soient prêts à admettre, à côté des faits de contagion, des faits absolument indiscutables de développement spontané de la maladie.

Du reste, il n'y a qu'un argument qui puisse démontrer la spontanéité morbide, c'est d'en montrer la réalité par l'observation clinique. Pour démontrer le mouvement, il faut marcher.

Nous reconnaissons que les maladies contagieuses, dans lesquelles on n'a pas encore démontré l'existence d'un microbe particulier comme la syphilis et les fièvres éruptives, semblent toujours dues à une contagion et que l'ensemble des observations que nous possédons sur ces maladies démontrent, *jusqu'à présent*, qu'elles ne sont jamais spontanées.

Au contraire, les maladies infectieuses à microbes comme la fièvre typhoïde, le choléra, la diphtérie, pour

lesquelles la contagion est certainement un mode habituel de développement, peuvent naître spontanément.

Epidémies de fièvres typhoïdes développées spontanément. — Nous laisserons de côté l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit si cruellement sur l'armée, en 1881, pendant l'expédition de Tunisie, parce que quelques cas de fièvre typhoïde avaient éclaté dans le 142e d'infanterie et le 22e bataillon de chasseurs pendant la route et en arrivant dans la terre d'Afrique, et que d'ailleurs ces deux corps venaient de localités infestées par la fièvre typhoïde.

Nous ne nous appuieront pas davantage sur l'épidémie du *Camp des lanciers*, parce qu'un régiment, le 62e d'infanterie, provenait d'une localité suspecte : Lorient. Ce régiment laissa en route deux cas douteux et le lendemain de son arrivée il avait trois typhoïsants certains.

Mais le rapport de Léon Collin (1882) cite l'histoire de deux épidémies qui démontrent la spontanéité de la fièvre typhoïde. Dans le premier cas, un détachement de 116 hommes du génie, qui avait quitté Grenoble où ne régnait pas la fièvre typhoïde, pour être cantonné au hameau de la Bordelière, fut décimé par la fièvre typhoïde, deux mois après, en juillet 1876.

Dans l'autre cas, deux batteries d'artillerie parties en janvier de Carpentras où l'état sanitaire était excellent, pour s'installer à Uzès, furent envahies par la fièvre typhoïde trois mois après, en avril 1878.

On aurait voulu faire une expérience qu'on n'aurait pas pris plus de précautions. Ainsi voilà deux groupes peu nombreux, par conséquent faciles à surveiller, partis d'un pays où n'existait pas de fièvre typhoïde, isolés sur des plateaux et atteints par la fièvre typhoïde plus de deux mois après leur isolement, c'est-à-dire, quand depuis longtemps

déjà la période d'incubation était passée ; ce qui répond à la supposition qu'on pourrait faire que la fièvre typhoïde existait sans qu'on ait pu en constater l'existence à Grenoble et à Carpentras quand les colonnes militaires avaient quitté ces deux villes.

Ces deux faits, et on pourrait en trouver d'autres, établissent la spontanéité de la fièvre typhoïde, ce qui ne veut pas dire, remarquons-le bien, que cette même maladie ne se propage pas habituellement par contagion.

Mais il semble que quand on est inféodé à l'école microbienne intransigeante on n'appartient plus à l'école expérimentale, qui a pour règle essentielle de reconnaître pour réels tous les faits bien observés. Dans l'école microbienne, c'est un devoir de nier la spontanéité morbide et on la nie. Et quand on ne peut la nier on l'explique.

Écoutez maintenant cette explication : « En admettant que l'on ait soigneusement exploré tous les modes par lesquels la maladie a pu être importée, *ce que nous ne mettons pas en doute*, il ne nous paraîtrait pas sans intérêt de savoir si Grenoble et Carpentras n'avaient pas eu quelques fièvres typhoïdes, trois mois, six mois, un an auparavant et même davantage. *A priori*, nous croyons qu'il en était ainsi ; dès lors nous pouvons recourir à l'idée du transport d'un certain nombre de germes *latents* par ceux-là mêmes qui devaient les traduire en fièvre typhoïde quelques mois plus tard sous l'influence de quelques lacunes d'hygiène dans les milieux nouveaux. Cette idée, comme l'entrevoit le professeur Verneuil, sera-t-elle l'heureux terrain de conciliation entre les spontanéistes et les fidèles du développement continu ? Nous le désirons sincèrement. ARNOUX.

(Art. TYPHOIDE, *Dict. encycl.*, t. XXVIII.)

A priori nous ne pouvons croire qu'une explication aussi fantaisiste puisse être jamais un terrain de conciliation, et que le microbisme latent puisse expliquer la spontanéité morbide.

Qu'est-ce donc que le microbisme latent ? Ce n'est autre chose que la présence, dans nos cavités, de microbes pathogènes compatibles, pendant un temps indéterminé, avec une santé parfaite. On s'est emparé de ce fait pour expliquer les cas de maladies infectieuses spontanées désagréables à l'école microbienne intransigeante, et on a fait le raisonnement suivant : Nous portons en nous le microbe de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de la diphtérie, de la tuberculose, etc., mais tant que notre santé est parfaite nous n'offrons point à ces microbes un bouillon de culture qui leur soit favorable, un terrain propre à leur développement et ils demeurent à l'état latent. Mais qu'un excès, une fatigue, une intempérie viennent à abaisser notre vitalité et aussitôt la maladie se développe, non pas en prenant la contagion au dehors où elle n'existe pas, mais en utilisant le microbe pathogène qu'elle tient en réserve depuis des années. Et voilà le roman du microbisme latent.

Il est difficile de répondre par des arguments rigoureusement scientifiques à une théorie presque entièrement fantaisiste. On doit donc, ici, se borner à examiner les faits, puis essayer d'en déduire des conséquences en rapport avec la clinique.

Le fait incontestable c'est que beaucoup d'individus en santé portent en eux-mêmes des microbes pathogènes. Un fait non moins incontestable, c'est qu'il est impossible d'établir un rapport entre l'action des causes banales : froid, chaud, fatigue, excès et le développement

d'une maladie par cette raison que sur une réunion d'hommes, un régiment, par exemple, portant en eux-mêmes le microbe pathogène de la fièvre typhoïde, les mêmes causes banales, fatigue, intempérie, mauvaise nourriture, mauvaise eau de boisson, agissent sur toutes les unités qui constituent cette réunion et qu'un certain nombre contractent la fièvre typhoïde tandis que les autres restent indemnes. La prédisposition de l'organisme peut seule rendre compte de ces différences, ce sont les prédisposés de la fièvre typhoïde qui contractent la maladie et les autres, non. Toutes ces causes, microbes pathogènes ou circonstances étiologiques banales, restent absolument sans effet sur les non-prédisposés. C'est donc l'organisme qui fait la fièvre typhoïde avec le concours des microbes pathogènes et des causes banales. C'est là ce que nous entendons par maladie spontanée, par opposition aux maladies de causes externes qui ne naissent jamais qu'à la suite de l'application d'un virus, comme la syphilis et les fièvres éruptives.

On objectera certainement que même dans le cas de microbisme pathogène latent, c'est toujours le bacille d'Eberth qui produit la maladie, que par conséquent elle n'est pas spontanée, que pour qu'elle soit spontanée il faudrait que l'organisme créât le bacille d'Eberth.

Or comme le bacille d'Eberth naît toujours d'un bacille d'Eberth et que la génération spontanée est une erreur, c'est toujours le bacille d'Eberth qui engendre la fièvre typhoïde, elle n'est donc jamais spontanée.

Voilà l'objection dans toute sa force.

Nous répondrons à cette objection par deux ordres d'arguments. Le premier c'est que l'existence du bacille d'Eberth à l'état latent chez les individus qui plus tard

contractent la fièvre typhoïde n'est qu'une hypothèse, que Verneuil a jeté dans le débat mais sans qu'on ait jamais démontré que les soldats qui ont contracté la fièvre typhoïde dans les deux épidémies rapportées par Collin aient jamais eu en eux le bacille d'Eberth. Seulement cette explication était nécessaire pour combattre la spontanéité. C'est une arme que nos adversaires ont ramassée pour les besoins de la lutte, mais sans en avoir jamais démontré la réalité.

Mais si nous poussons plus avant nos études sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, nous trouverons des faits très nombreux dans lesquels la fièvre typhoïde, comme le choléra, du reste, se propage et se multiplie par l'usage d'eau simplement polluée mais dans laquelle on ne constate aucun microbe pathogène.

Fait plus significatif encore ! Dans l'épidémie qui a sévi subitement, dans l'hiver de 1894, sur Paris, et dont les victimes étaient presque exclusivement celles qui buvaient l'eau de la Vanne, cette eau n'a jamais présenté le *bacille d'Eberth*, mais en revanche elle a présenté fort abondamment le *bacillum coli*.

Les médecins ont encore présent à l'esprit les discussions auxquelles ont donné lieu la ressemblance du bacille d'Eberth et du bacille d'Escherich (ou bacillum coli). Ils se rappellent les travaux qui ont démontré que ces deux bacilles ne sont point identiques, au moins qu'ils ont des réactions chimiques différentes, mais si on veut bien se rappeler aussi que les expériences du Dr Sanarelli ont démontré que le bacillum coli avait, comme le bacille d'Eberth, la propriété de vacciner les animaux contre la fièvre typhoide, ne pourra-t-on pas conclure que ces deux

bacilles, quoique différents morphologiquement, ont une action semblable sur l'organisme.

Or, si, comme tous les faits le démontrent, le bacillum coli est pathogène de la fièvre typhoïde, il est inutile de s'occuper davantage de l'existence latente dans nos organes du microbe d'Eberth, le bacillum coli qui fourmille dans nos intestins suffira à tout expliquer sans avoir recours à l'hypothèse surannée de la génération spontanée.

La fièvre typhoïde peut donc naître spontanément, c'est-à-dire sans rien emprunter au dehors, puisque l'organisme possède en lui-même tous les éléments nécessaires pour la production de cette maladie.

Nous pourrions répéter les mêmes arguments et les mêmes faits à propos de la diphtérie et du choléra. Pour cette dernière maladie, les récentes épidémies d'Espagne, du Finistère et de la banlieue de Paris ont démontré que, contrairement aux opinions reçues jusqu'à ce jour, le choléra pouvait se développer dans nos pays, spontanément, c'est-à-dire en l'absence bien constatée de toute importation.

Les travaux de l'hôpital Saint-Antoine ont démontré que le bacille virgule n'était point spécifique, que d'autres microbes partageaient avec lui le privilège de caractériser les lésions cholériques; que, comme dans la fièvre typhoïde, le bacillum coli se rencontrait constamment dans cette maladie.

En résumé, nous appelons spontanées les maladies qui peuvent se développer en dehors de la contagion, par les seules forces de l'organisme sollicité par les causes spécifiques et les causes banales et, dans ces termes, la spontanéité morbide ne peut être niée.

Dr P. Jousset.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

(*Septembre, octobre et novembre.*)

I. Podophyllum dans la diarrhée chronique. — II. Repos au lit et régime dans le traitement de la chlorose avec gastralgie. — III. Traitement pancréatique du diabète. — IV. Thyroïdine dans les maladies du cœur.

I

Voici d'abord trois observations de diarrhée chronique guéries ou au moins améliorées par *podophyllum* à la 30e dilution. La première observation appartient à ma clientèle de ville.

Observation I. — *Diarrhée de Chine durant depuis quatre ans; amaigrissement extrême; insuccès de Plombières et des médicaments divers; amélioration rapide avec podophyllum* (30); *rechute.* — Mme de C..., 35 ans, femme autrefois assez vigoureuse, vient me voir pour la première fois le 3 mai 1885; elle arrivait de Hong-Kong et depuis quatre ans souffrait d'une diarrhée qui n'avait jamais cessé depuis lors, tout en présentant des périodes de rémission relative.

Cette dame était très amaigrie, son teint était brunâtre, les selles fréquentes, 6 à 8 par jour à l'ordinaire, 15 à 20 pendant des crises plus violentes; elles étaient jaunes verdâtres, quelquefois avec des glaires. *Arsenic* (2e trit.) et *solubilis* (3e trit.), un jour l'un, un jour l'autre,

trois doses par jour, et régime alimentaire consistant en potages au lait, au beurre avec jaunes d'œuf ; viandes rôties et grillées, œufs à la coque, purée de pommes de terre au lait, laitage ; boire un peu de vin blanc ou d'eau-de-vie dans son eau. (Le régime lacté exclusif avait paru antérieurement être mal supporté et augmenter la diarrhée.) En cas de crise violente, *élixir parégorique*, X gouttes toutes les deux heures.

7 juin. Etat stationnaire. *China* (1/10), et je conseille une saison à Plombières, qui fut faite en juillet et qui fut mal supportée.

Mme de C..., revenue à Paris en août, était très découragée, elle fit venir seulement en septembre le Dr Silva qui me remplaçait pendant mon absence et qui lui prescrivit *veratrum* (T. M.) alterné avec *arsenic* (6/10).

14 septembre. A mon retour, je trouvai la malade encore plus amaigrie, le visage très altéré, dans une faiblesse considérable, avec toujours 8 à 10 selles par jour. *Cotoïne* (1re trit. déc.) et injections de sérum artificiel.

Le 21. Pas d'amélioration, *rheum* (T. M.).

Le 26. Il y a eu quelques vomissements, *muriatis acid.* (1/10) et *ipéca* (1re trit. déc.) alternés.

4 octobre. Après quelques jours d'amélioration relative, les vomissements redeviennent fréquents, les selles sont plus nombreuses. *Calcar. carb.* (30) et *ferrum* (12), alternés. Le calcarea carbonica m'a réussi plusieurs fois dans des diarrhées de dentition très tenaces, même lorsque les enfants étaient dans un état alarmant : le ferrum est un des meilleurs médicaments des vomissements.

Le 6. Malgré le traitement, l'état a beaucoup empiré ; la diarrhée est souvent involontaire, il y a eu plus de

trente selles en vingt-quatre heures. *Veratrum alb.* (T.M.) et *arsenic* (3e trit. déc.) alternés.

Le 16. Sous l'influence du traitement précédent, la malade est revenue à son état habituel, 7 à 8 selles par jour. Son état général est meilleur. *Argentum nit.* (3e trit.)

Le 23. Moins bien, les selles deviennent plus fréquentes, elles sont blanchâtres, mousseuses, sans odeur ; *phosphori acid.* (3/10) et *calc. acetica* (3e trit.) alternés ; régime : lait stérilisé, côtelette de mouton crue râpée.

Le 31. Depuis la veille, état plus grave, coliques très douloureuses, plus de 30 selles, *élixir parégorique.*

1er novembre. Le Dr Tessier qui voit avec moi la malade, conseille de continuer encore un jour l'élixir parégorique qui a diminué le nombre de selles ; de donner matin et soir un petit lavement avec X gouttes de laudanum ; de commencer le lendemain les deux potions suivantes : *dioscorea villosa* (1) et *podophyllum* (6). Il connaît un cas de diarrhée chronique qui a été rapidement guéri par ce dernier médicament à la 30e dilution.

Le 5. Mme de C... se plaint que les selles, qui avaient diminué sous l'influence de l'élixir parégorique, lui semblent devenir plus fréquentes, chaque fois qu'elle prend le podophyllum ; *podophyllum* (30).

Le 7. Grande amélioration, quatre à cinq selles par jour ; celles-ci sont redevenues verdâtres, commencent à prendre une légère consistance, et ont de l'odeur. Depuis deux jours, rhume intercurrent avec toux fréquente. *Ipéca* (1re trit. déc.) et *hyosciamus* (1/10) alternés.

Le 9. La toux va mieux ; état stationnaire du côté de la diarrhée ; *sulfur* (30) et *podophyllum* (30).

Le 13. La diarrhée revient très fréquente et la malade demande un autre médecin.

Le résultat du *podophyllum* (30) avait paru remarquable, mais il n'a pas duré : il est vrai qu'il s'agissait d'une des formes de diarrhée les plus difficiles à guérir, et d'une malade déjà épuisée, qui avait résisté à tous les médicaments précédemment donnés et chez laquelle Plombières, qui réussit si souvent, s'était montré tout à fait inefficace.

Les deux cas suivants qui se trouvaient à l'hôpital à ce moment et à qui j'ai prescrit le même médicament en ont tiré un meilleur effet et, cependant, un des deux est un tuberculeux avancé.

Obs. II. — *Dysenterie guérie en janvier dernier par corrosivus* (6) *; entérite chronique améliorée par corrosivus ; puis état stationnaire malgré croton tig. et rheum ; guérison rapide par podophyllum.* — B..., 19 ans, entre le 23 octobre dans la salle commune, lit nº 14 : ce jeune homme, d'apparence vigoureuse, d'une très mauvaise conduite, avec hygiène alimentaire irrégulière, a été pris l'année dernière d'une dysenterie dont il a été guéri assez rapidement en janvier dernier par mon père avec *corrosivus* (6).

Au moment de son entrée, entérite avec selles très fréquentes, sanguinolentes, s'accompagnant de ténesme. *Corrosivus* (6).

Le 25. Les selles ne sont plus sanguinolentes, mais liquides, pressantes, avec émission abondante de gaz. *Croton tig.* (2e trit.).

Le 27. L'état est le même, 10 selles par jour environ. *Rheum* (T. M.) XV gouttes par jour.

Le 30. Même état; les selles s'accompagnent de tranchées violentes. *Bryonia* (1/10).

2 novembre. L'état ne s'améliorant pas, *podophyllum* (30) ; dès le lendemain, les selles ont diminué de fréquence, elles sont formées dès le 4 novembre.

Le 7. Le malade sort complèment guéri.

OBS. III. — *Phthisie pulmonaire et laryngée ; diarrhée habituelle ; amélioration par podophyllum.* — L..., 38 ans, entre à la salle commune, lit nº 3 ; cet homme, très amaigri, présente des lésions tuberculeuses avancées aux deux sommets, avec retentissement sur le larynx (enrouement, bruit inspiratoire très bruyant, dyspnée) et fièvre hectique ; il a des sueurs très abondantes et depuis longtemps une diarrhée amenant 6 à 7 selles par jour.

2 novembre. *Veratrum* (T. M.).

Le 5. Aucune amélioration. *Podophyllum* (30).

Le 8. Il n'y a eu que deux selles la veille, elles avaient un peu de consistance. Nous sommes obligés d'abandonner le traitement de la diarrhée, pour nous occuper de l'œdème de la glotte qui va en augmentant et est une menace pour le malade. *Apium virus* (2e trit.).

Le 20. L'œdème de la glotte traité par *apis m.* (T. M.) II gouttes par jour, alterné avec *iodure de potassium* 10 centigrammes, va mieux et est plus supportable. L'effet du *podophyllum* se continue et le malade n'a qu'une à deux selles par jour, toujours sous une forme liquide.

Podophyllum est certainement indiqué par la loi de similitude dans le traitement de la diarrhée chronique. Nous trouvons en effet dans sa pathogénésie (1), à propos

(1) *Eléments de matière médicale expérimentale et de thérapeutique positive*, t. II, J.-B. Baillière.

des empoisonnements d'animaux, qu'il produit une diarrhée avec hyperémie intense de tout l'intestin grêle ; le duodénum, qui est plus particulièrement affecté, a même présenté des ulcérations. Il convient donc bien dans les diarrhées chroniques.

II

Voici l'observation d'une jeune fille chlorotique, avec aménorrhée et gastralgie très douloureuse, très améliorée de sa chlorose et guérie de sa gastralgie par le repos au lit et le régime. C'est une communication du D[r] Hayem à la Société médicale des hôpitaux, que j'ai rapportée ici même (1), qui m'a fait penser à essayer ce traitement. Voici l'observation :

Obs. IV. — Mlle P..., 18 ans, réglée depuis deux ans, mais avec des retards considérables, sang pâle et peu abondant, essoufflement facile, vient me trouver le 26 juin 1895 ; elle se plaint de douleurs d'estomac très intenses aussitôt après les repas, avec gonflement et renvois fréquents. Son époque de juin n'est pas venue à la date habituelle. *China* (6) et *calcarea carb.* (30) un jour l'un, un jour l'autre et régime.

Le 26 septembre, je revois la malade, qui a été assez bien après son traitement de juin, quoique les époques ne soient pas revenues, et qui est reprise de crampes d'estomac ; les deux médicaments de juin ont été repris depuis quinze jours sans résultats ; souffle anémique à l'orifice aortique. *Pulsatilla* (1/10) et *thyroïdine* (3/10) un jour l'un, un jour l'autre. Je donne la thyroïdine, qui a

(1) *Art Médical*, juillet 1895.

fait reparaître les époques supprimées chez des malades traitées pour le myxœdème et qui produit des symptômes dyspeptiques.

Le 20 octobre, les douleurs d'estomac sont devenues atroces ; il y a de la constipation, l'aménorrhée persiste : *Hydrarg. dulc.* (1re trit.) gros comme un pois quatre fois par jour, et *eau chloroformée* à 0,25 p. 100 ; une cuillerée toutes les demi-heures pendant les crises de douleurs.

Le 28. Même état, je décide la malade à entrer à l'hôpital. Elle y vient le 30 et est couchée au lit n° 7 de la grande salle.

Le 31. Je conseille le séjour complet au lit ; comme alimentation 2 litres de lait, divisés en 10 tasses, prises à intervalle de deux heures environ ; la tasse doit être bue lentement, par gorgée, en un quart d'heure à peu près ; 4 œufs par jour, soit à la coque peu cuits, soit délayés dans une des tasses de lait : *fer. red.* (1re trit. déc.) 0,25 matin et soir.

Le 3 novembre, les douleurs d'estomac ont déjà complètement disparu.

Le 6. L'amélioration continue ; on ajoute à l'alimentation une côtelette de mouton crue râpée, matin et soir.

Le 14. L'estomac va bien, les aliments du régime sont très bien supportés, les forces sont meilleures ; continuation du fer ; trois côtelettes crues par jour.

Le 21. L'état est toujours très bon, même alimentation, deux côtelettes sur trois sont données grillées, peu cuites.

Le 27. Exeat ; la malade reprend doucement son travail, elle est dans un état très satisfaisant, mais les règles ne sont pas revenues : *Fer. red.* (mixte).

III

Depuis deux ans, j'emploie dans le traitement du diabète les pastilles de pancréas, avec un succès remarquable dans certains cas, relatif dans d'autres ; mon père est arrivé à des résultats très analogues aux miens et nous pensons que le pancréas réussit mieux chez les diabétiques maigres que chez les gras, en somme chez les diabétiques dont le pancréas est le point de départ de la maladie.

J'ai cité à la Société française d'Homœopathie un certain nombre d'observations ; en voici une de ma pratique privée qui est très remarquable par la rapidité de la guérison qui se maintient depuis plusieurs mois.

Obs. V. — M. V..., 56 ans, marchand de vins en gros, obligé par sa profession de circuler beaucoup chez les marchands de vin, de déguster beaucoup de vins, de faire des repas copieux, vient chez moi le 16 mars 1895 ; son aspect est animé, son teint un peu rouge ; il se plaint d'une grande faiblesse, de soif, d'impuissance complète ; depuis huit mois, dit-il, il a remarqué ces nouveaux symptômes et même, lui qui était obèse, a maigri de 30 livres ; sa femme prétend aussi que son caractère facile autrefois a beaucoup changé et qu'il est devenu colère et violent. Devant ces symptômes, ils viennent de faire une analyse et le pharmacien trouve 45 grammes de sucre par litre ; 3 litres environ par vingt-quatre heures. Je lui prescris deux *pastilles de pancréas* matin et soir ; en outre *azotate d'urane* (2e trit.) et *sizygium jambolanum* (1re trit.), un paquet à prendre un jour l'un, un jour l'autre par moitié, au commencement des repas. Un régime peu sé-

vère : très peu de pain, viandes rôties et grillées, œufs, poissons, légumes verts ; abstinence de légumes secs, de sauces, de sucreries, de pâtisseries : quelques pommes de terre cuites au four avec du beurre.

Le 12 avril, je revois le malade, qui n'a plus soif, se trouve plus solide, l'analyse ne donne plus que 12 grammes de sucre avec 2 litres d'urine ; même traitement.

Le 15 juin. Le malade se trouve tout à fait bien, il n'y a plus de sucre dans les urines. Un mois de repos et reprendre le traitement pendant vingt jours.

Le 6 août. Le malade va toujours bien, les forces sont revenues, il a engraissé un peu, deux analyses faites depuis la dernière visite n'accusent plus de sucre. Il ne veut pas aller à Vittel où je voudrais l'envoyer et doit faire à la fin du mois, à la campagne, une saison d'eau de Vittel (grande source) pendant trois semaines.

Le 16 novembre, M. V... vient me revoir, il a très bonne mine, a engraissé de 20 livres, se trouve très vigoureux, a chassé comme dans sa jeunesse ; l'impuissance n'existe plus.

L'observation est en somme assez concluante : Diabète qui durait depuis huit mois au moins, qui avait amené un amaigrissement de 30 livres, de l'impuissance et qui disparaît en cinq à six semaines de traitement. C'est encourageant pour l'emploi de l'extrait du pancréas ; c'est en effet à ce mode de traitement que j'attribue la guérison aussi rapide, car j'ai bien souvent administré l'azotate d'urane et le sizygium, non sans succès, mais jamais avec un succès si rapide et si complet.

IV

La pathogénésie du Dr Clarck, que j'ai traduite dans l'*Art Médical* (1), en la complétant avec quelques observations et quelques expériences trouvées dans la presse médicale française, était assez encourageante au point de vue de l'action de ce médicament dans les maladies du cœur. Voici ce que je disais dans le numéro de juillet de l'*Art Médical* : « Dans un certain nombre d'affections du cœur, la thyroïdine pourrait trouver son emploi : la diurèse et l'augmentation de l'urée, dans un certain nombre d'observations au moins, peuvent être considérés comme des symptômes curatifs. On pourrait donc essayer de donner ce médicament dans certains cas d'*asystolie.* »

Voici les symptômes et les lésions relevés dans la pathogénésie qui sont en rapport avec cette manière de voir :

« Une malade présente après les injections une lividité si intense de la peau qu'elle était presque bleue.

« Dégénérescence du muscle cardiaque chez les animaux.

« Palpitations ; essoufflement et palpitations au moindre effort.

« Pouls rapide, petit et instable.

« Faiblesse de l'action du cœur.

« Lipothymies et syncopes.

« Œdème des jambes.

« Albuminurie. »

J'ai essayé la thyroïdine à la 3/10 chez plusieurs malades ; dans 2 cas d'asystolie, elle a donné des résultats remarquables.

---

(1) *Art Médical*, mai, juin et juillet 1895.

Obs. VI. — *Rhumatismes antérieurs*; *insuffisance mitrale ancienne*; *insuffisance pulmonaire*; *insuffisance tricuspidienne*; *cyanose*; *anasarque*; *congestion du foie, ascite.* — Victorine L..., 23 ans. Entre le 13 octobre au lit n° 3 de la grande salle.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans sa première enfance. Ni rougeole, ni scarlatine, ni coqueluche.

A 10 ans, première attaque de rhumatisme articulaire. La malade en guérit sans lésions cardiaques. Du moins après sa guérison elle a pu jouer, courir, monter les escaliers sans être plus essoufflée que ses camarades. Elle n'avait pas les jambes enflées le soir.

A 13 ans, nouvelle attaque de rhumatisme articulaire aigu, soignée à Necker dans le service du Dr Rigal. La malade reste au lit pendant huit mois. Les cinq premiers mois elle est au lait et prend 5 grammes de salicylate de soude par jour. A cette époque elle a entendu le médecin dire aux internes qu'elle avait une affection du cœur.

La malade est sortie de l'hôpital Necker incomplètement guérie. Depuis elle a toujours été essoufflée, n'a jamais pu travailler régulièrement. Les règles sont très peu abondantes et ne viennent pas tous les mois (3 fois en un an). La malade depuis trois ans a dû entrer plusieurs fois dans les hôpitaux (Necker, Lariboisière).

A son entrée, la malade a la figure violette, congestionnée, les lèvres bleuâtres, et un essoufflement intense; le pouls est régulier, peu fréquent (70 p.), bien frappé; on observe du pouls veineux des jugulaires.

Le cœur est volumineux, sa pointe bat dans le 5e espace, et est très déjetée vers l'aisselle. On trouve un souffle systolique intense, s'étendant à toute la région précor-

diale avec deux maximum d'intensité : la pointe et l'appendice xyphoïde ; il existe un autre souffle à la base du cœur, au 2e temps, à gauche du sternum, au niveau de la 3e côte.

Anasarque peu prononcé, dur, des membres inférieurs, qui ont une teinte violacée.

Le foie déborde les côtes de deux travers de doigt environ, il y a un peu d'ascite.

Du côté du poumon, râles fins sous-crépitants aux deux bases et au sommet du poumon gauche où il paraît y avoir un point de congestion assez intense.

Nous sommes ici en présence d'une *insuffisance mitrale* intense, ayant amené par la gêne circulatoire une dilatation du cœur droit avec insuffisances pulmonaire et tricuspidienne consécutives; nous sommes au début d'une crise d'asystolie.

Les urines de la veille sont peu abondantes (1 litre environ), rouges, non albumineuses.

Traitement : *Thyroïdine* (3/10), X gouttes et régime lacté.

Le 16 octobre. La malade a uriné 2.500 grammes. Elle se trouve bien moins oppressée qu'à son arrivée. Le pouls est à 64. Même traitement.

Le 17. La malade a uriné 3.500 grammes. Pouls, 68. On supprime thyroïdine.

Le 18. Urines, 2.900 grammes. La malade commence à manger, mais continue à prendre du lait.

Le 19. Urines, 3.250 grammes. Pas de médicaments.

Le 20. Urines, 3.600 grammes.

Le 21. Urines, 3.100 grammes. Pouls, 72. On recommence *thyroïdine* (3/10), X gouttes.

Le 22. Urines, 2.200 grammes. Pouls 72.

L'ascite commence à disparaître, l'œdème des jambes a diminué beaucoup; la respiration est moins gênée. On n'entend plus de râles de congestion aussi nombreux aux bases. Même traitement jusqu'au 25.

Le 23. Urines, 2.200 grammes. Pouls, 72.

Le 24. Urines, 1.800 grammes. A ce moment, on ne constate plus d'ascite dans l'abdomen. Le foie déborde toujours de deux travers de doigt des fausses côtes. L'appétit est grand et n'est pas calmé par les potages, et les deux litres de lait que prend la malade.

L'auscultation des poumons ne laisse entendre nulle part des râles de congestion.

L'auscultation du cœur donne deux bruits de souffle : un souffle systolique à la pointe dû à l'insuffisance mitrale, un deuxième souffle diastolique s'entend toujours dans le 3e et le 4e espace intercostal ayant son maximum un peu à gauche du sternum. A la pointe de l'appendice xyphoïde, on n'entend plus de souffle systolique; le pouls veineux vrai de la jugulaire externe n'existe plus. On est donc en droit de conclure que l'insuffisance tricuspidienne a disparu.

La malade se plaint de mal de tête et de battements de cœur très forts dès qu'elle marche un peu.

Le 25. Urines, 1.500 grammes. Pouls, 80. *Cactus* (1re), X gouttes, pour combattre les battements de cœur dont se plaint la malade.

Le 26. Urines, 1.600 grammes. Pouls, 92.

Le 27. Urines, 1.400 grammes.

Le 28. Urines, 1.600 grammes. Les battements de cœur n'ont pas été améliorés par le cactus donné pendant trois jours à la 1re centésimale; on augmente la dose et on donne : *Cactus* T. M., II gouttes.

Le 23. Urines, 1.600 grammes. Les battements de cœur sont toujours aussi forts quand la malade marche ou monte un escalier; on revient à la thyroïdine et on donne : *thyroidine* (1[re]), III gouttes.

Le 30. Urines, 1.500 grammes. Pouls, 84.

Le 31. Urines, 1.400 grammes.

1[re] Novembre. Urines, 1.400 grammes.

Le 2. Urines, 1.300 grammes. Depuis que la malade prend sa thyroïdine, ses battements de cœur sont aussi forts; mais la quantité d'urine a bien diminué. Le régime de la malade n'est plus le même, il est vrai, elle mange maintenant; mais elle boit toujours ses deux litres de lait.

La malade se plaint d'avoir toussé beaucoup la nuit précédente. L'auscultation des poumons laisse entendre quelques râles sibilants *peu* abondants. *Hyosciamus* (1[re]), 10 gouttes.

Le 5. Urines, 1.100 grammes. *Ipéca* (1[re] trit. déc.) 0,25. *Hyosciamus* (1/10), X gouttes.

Le 6. Urines, 1.100 grammes.

Le 7. Urines, 1.100. La malade se plaint de douleurs dans le côté droit au niveau du foie, douleur vive, continue avec crises, s'irradiant dans l'épaule droite. A l'examen, on trouve, le foie débordant de un travers de doigt les fausses côtes. Le vésicule n'est pas appréciable par le toucher. L'auscultation du poumon donne seulement quelques râles sibilants. *Ipeca* (1[re] trit. déc.) 0,30. *Bryonia* (1/10), X gouttes.

Le 8. Urines, 1.500 grammes.

Le 9. Urines, 1.250 grammes. La malade ne tousse plus. Mais la douleur du côté est toujours aussi vive, avec les

mêmes caractères, s'irradiant toujours dans l'épaule droite. *Chelidonium majus* T. M., V gouttes.

Le 10. Urines, 1.500 grammes.

Le 12. Urines, 1.500. La malade souffre moins de son côté droit. Comme elle est constipée et comme elle urine peu relativement, on lui donne : *calomelas* (1[re] trit.),0,30.

Le 13. Urines, 1.500 grammes.

Le 14. Urines, 1.500 grammes.

Le 15. Urines, 1.500 grammes.

Le 16. Urines, 1.450 grammes. La douleur de l'épaule est complètement passée, la malade assez bien; *iodure de potassium*, 10 centigrammes.

Le 17. Urines, 1.450 grammes.

Le 18. Urines, 1.250 grammes.

Le 19. Urines, 1.300 grammes.

Le 20. Urines, 1.200 grammes.

Le 21. Urines, 1.100 grammes. Il est à remarquer que le *régime reste absolument le même*, la quantité d'urine a diminué de quelques centaines de grammes depuis que le calomelas a été remplacé par l'iodure de potassium.

Le 22. La malade quitte l'hôpital. Elle se trouve bien. Les jambes ne sont pas enflées; il n'y a pas du tout d'ascite. Plus de pouls veineux, la face n'est plus violette. La respiration n'est pas gênée. Au cœur on entend toujours deux souffles : un systolique à la pointe, un diastolique dans le troisième espace intercostal gauche. Les seuls troubles dont se plaigne la malade sont des palpitations dès qu'elle marche un peu vite. On lui donne à emporter comme médicaments :

Iodure de sodium.	2 gr.	2 cuillerées à dessert
Eau..............	200 gr.	par jour.

et thyroïdine..... 3/10, III gouttes matin et soir.

L'action de la thyroïdine sur l'asystolie de cette malade n'est pas contestable. Le 2^e jour de l'emploi du médicament, les urines sont montées à 2 lit. 500, et à 3 lit. 500, le 10^e jour, après une suspension de quatre jours; au moment où on le recommence, l'ascite a beaucoup diminué ainsi que l'anasarque.

Le 24, 12^e jour de son emploi, l'ascite n'existe plus, les poumons sont décongestionnés, le pouls veineux a disparu ainsi que l'insuffisance tricuspidienne qui n'était qu'une insuffisance fonctionnelle, amenée par la dilatation du cœur droit.

Obs. VII. — *Cardiopathie artérielle à la période d'asystolie; digitaline mal supportée; action très favorable de la thyroïdine; nouvelle crise d'asystolie, insuccès de la thyroïdine.* — Mme V..., 67 ans, entrée le 4 septembre, grande salle, lit n° 3, n'a jamais eu de rhumatisme; depuis dix ans, se plaint de palpitations, d'essoufflements, et de douleur précordiale. Il y a six ans, crise d'asystolie prolongée, ayant duré dix-huit mois, avec des alternatives. Elle a eu en ce moment de l'œdème. Depuis lors, jusqu'au mois de juin dernier, état relativement satisfaisant avec persistance de l'essoufflement et des palpitations.

Depuis cette époque, augmentation des palpitations et de l'essoufflement, anasarque des jambes, diminution des urines.

Le Dr Crépel, qui me remplaçait à l'hôpital, a donné la digitaline de Myalhe à la dose de XXX gouttes par jour, les 9, 10 et 11 septembre.

Le 12 septembre, je vois la malade, qui se plaint d'avoir éprouvé des vomissements sous l'influence de la digitaline, et les urines n'ont pas augmenté. A l'ausculta-

tion, il existe seulement de l'arythmie cardiaque ; les battements sont faibles et irréguliers. Les jambes sont enflées jusqu'au-dessus du genou. La main gauche et l'avant-bras gauche sont œdématiés. Urines 450 grammes ; pas d'albumine ; *thyroïdine* (3/10), X gouttes.

Ce médicament est continué jusqu'au 15, suspendu le 16 et le 17, repris le 18.

Jusqu'au 23 et dès les premiers jours du traitement, l'état s'est amélioré très rapidement, les urines ont augmenté.

Le 23. Il y a plus de 2 litres d'urine par jour, le bras et la main gauches sont complètement désenflés, l'œdème des jambes a notablement diminué. Comme la malade se plaint d'avoir la diarrhée depuis la veille, on suspend la thyroïdine ; *veratrum* (T. M.). II gouttes.

Le 24 et 25, même traitement.

Le 26. La diarrhée est guérie, mais les urines ont diminué : 950 grammes. Reprise de *thyroïdine* (3/10), X gouttes.

Le 27. Urines 1.200 grammes.

Le 28. Urines 1.300 grammes.

Le 29. Urines 1.500 grammes. Les jambes sont complètement désenflées, la malade, qui se trouve bien, demande à sortir. L'arythmie cardiaque persiste, mais les battements sont plus forts et un peu plus réguliers. La malade emporte une potion de thyroïdine.

Elle revient huit et quinze jours après, dans un état satisfaisant.

Elle rentre le 12 novembre ; elle s'est enrhumée trois semaines auparavant et depuis ce moment ses jambes ont recommencé à enfler ; elle est au lit n° 11.

A son arrivée la malade a la figure *très pâle* et amaigrie.

Elle est très essoufflée. Le cœur bat très irrégulièrement. La pointe est dans le 6e espace intercostal gauche, déjetée vers l'aisselle. L'auscultation des orifices (très gênée à cause des râles bronchiques) ne laisse pas entendre de souffles.

Le foie est gros et déborde les fausses côtes. Pas d'ascite.

Les membres inférieurs jusqu'à la racine des cuisses présentent un œdème blanc, mou, non douloureux. L'avant-bras gauche est aussi œdématié et un peu le dos de la main.

Dyspnée intense. Toux fréquente suivie d'une expectoration abondante et glaireuse. Les vibrations sont augmentées dans la hauteur des poumons. La percussion donne partout une sonorité normale. L'auscultation fait entendre des râles de grosse bronchite (râles ronflants et sibilants). Pas de foyers de congestion avec râles fins.

Diarrhée depuis quelques jours, anorexie complète.

Les urines sont peu abondantes : 3 à 400 grammes par jour. Elles sont chargées d'urate. L'ébullition dissout les urates et précipite de l'*albumine rétractile* en assez grande quantité.

Le 13. Urines de la veille : 350 grammes. *Thyroïdine* (3/10), X gouttes; régime lacté. On reprend ce médicament à cause du bon effet produit au premier séjour de la malade à l'hôpital.

Le 14. Urines, 250 grammes.

Le 15. Urines, 500 grammes.

Le 16. Urines, 500 grammes. On porte la dose de thyroïdine (3/10) à XX gouttes par jour.

Le 17. Urines, 550 grammes.

Le 18. *Thyroidine* (1), V gouttes.

Le 19. Urines, 300 grammes. La thyroïdine n'a pas augmenté sensiblement les urines. La malade urine en moyenne 500 grammes au lieu de 300 grammes au moment de son arrivée. Mais il faut considérer qu'elle a été mise au régime lacté.

Digitaline (3/10), XXX gouttes.

Le 20. Urines, 1.000 grammes.

La malade a craché du sang noir, mêlé à des crachats glaireux très épais. Aux deux bases on perçoit des râles fins.

L'albumine persiste dans les urines, mais en moins grande quantité qu'à l'arrivée de la malade.

Le cœur est revenu déjà plus régulier.

Traitement. *Digitaline* (3/10), XX gouttes, avec laquelle on alterne *ipéca* (1re trit. déc.), 0,30 à cause de l'apoplexie pulmonaire.

Le 21. Urines, 2.400 grammes. La malade a craché moins de sang que la veille. Mais comme il y en a encore on continue : *ipéca* (1re trit. déc.), 0 gr. 25 seul.

Le 22. Urines, 2.150. Même traitement.

Le 23. Le sang a disparu des crachats. Urines, 1.000 grammes.

Digitaline (3/10), XXX gouttes.

Le 24. Malgré la digitaline prise la veille, la quantité d'urines tombe à 600 grammes. Urines toujours albumineuses. Pas de médicaments.

Le 25. Urines, 500 grammes. La digitaline n'a plus montré l'action diurétique qu'elle avait eue trois jours auparavant. Les urines ont diminué au contraire. *Thyroidine* (3/10). X gouttes.

Le 26. Urines, 750 grammes.

Le 27. La dyspnée étant toujours assez forte et les urines augmentant peu, 800 grammes, on donne *iodure de potassium*, 0,50.

Le 28. Urines, 1.750 grammes. Mais la malade fait remarquer que la quantité d'urines ne vient pas de l'iodure de potassium. Elle avait déjà uriné en abondance avant de le commencer. Aussi on revient à : *thyroïdine* (3/10), X gouttes.

Le 29. Urines, 1.350 grammes, *thyroïdine* (3/10), XX gouttes.

Le 30. Urines toujours albumineuses, 1.750 grammes; l'arythmie persiste ainsi que l'œdème des membres inférieurs, l'œdème de l'avant-bras gauche et le foie un peu gros.

La respiration est moins gênée, les crachats ont diminué. La malade se trouve améliorée.

A ce moment, je cède le service à mon père, la malade n'est pas encore arrivée à l'état où elle se trouvait lorsqu'elle a quitté l'hôpital la première fois, mais, il est à remarquer que la thyroïdine a produit encore la diurèse, lorsque la digitaline paraissait redevenue inefficace.

D^r Marc Jousset.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

KALMIA LATIFOLIA

Ce travail n'est pas une longue liste de symptômes présentés par le *kalmia latifolia*; l'auteur a choisi ceux qui caractérisent la sphère d'action du médicament et l'exposé suivant est plutôt une application clinique qu'une symptomatologie détaillée.

Le *kalmia latifolia*, le laurier des montagnes, appartient à la famille des Ericacées qui contient également le *ledum* et le *rhododendron* et, de même que ces derniers, on le classe parmi les remèdes du rhumatisme.

Les points les plus importants dans sa pathogénésie sont les douleurs qui affectent toutes les régions du corps d'une façon habituellement fugace, quelquefois cependant plus intense et durable, tantôt une région à la fois, tantôt plusieurs et très mobiles en général. Outre ces douleurs il provoque des vertiges ou des étourdissements avec ou sans nausées, avec ou sans troubles visuels. Il a également une action prédominante sur le cœur.

Nous étudierons son action sur les différents systèmes de l'économie en suivant l'ordre habituel.

Le système nerveux, considéré dans son ensemble, est très influencé, non seulement dans le cerveau et les centres supérieurs, mais aussi la moelle épinière et les nerfs.

Tous les expérimentateurs mentionnent les vertiges et les étourdissements s'aggravant quand on se baisse, quand

on regarde en bas, quand on se lève d'un siège, et sont plus forts vers midi. Ils peuvent s'accompagner de nausées, de vomissements et de troubles de la vue allant même jusqu'à la cécité complète. L'esprit est confus, les pensées sont obtuses et l'attention impossible. Nous trouvons aussi les douleurs les plus variées ; leur siège a une prédilection pour le côté droit et les régions frontale et temporale ; parfois elles occupent l'occiput ou le vertex ou sont unilatérales, occipito-temporales ; souvent elles s'étendent vers la nuque jusqu'à la partie supérieure du dos, et quand elles siègent au front elles intéressent souvent même les dents.

Les douleurs peuvent aussi débuter par le dos pour s'irradier de là vers le vertex et le front, mais n'affectent pas les yeux (on peut remarquer que ces douleurs ressemblent beaucoup à celles produites par *spigelia*, *ferrum phosph.*, *belladona* et *silicea* ; *spigelia* affecte spécialement le côté gauche, *belladona* et *silicea* le droit et *ferrum phosph.* les deux, ses douleurs étant de caractère conjonctif). Un autre symptôme important est le mal de tête au réveil. Ces symptômes semblent indiquer l'emploi de *kalmia* dans des formes diverses de céphalalgie telles que la migraine et les névralgies faciales et supra-orbitaires ; l'expérience clinique confirme du reste cette efficacité.

L'action sur la moelle épinière mérite notre attention. Le Dr Dyce Brown, dans son intéressante étude sur *kalmia* il y a déjà vingt ans, observe que ce remède agit surtout sur le système nerveux cérébro-spinal, les muscles et les articulations et que ses rapports en général en font un neurotique ; à mon avis notre confrère a envisagé une sphère d'action trop restreinte ; le *kalmia*, selon moi, possède une influence considérable et profonde sur la moelle

épinière. Dans des cas d'empoisonnement d'animaux, il se produit des tremblements, des convulsions, suivis de spasmes cloniques qui augmentent graduellement en intensité; dans l'intervalle de ces contractions, l'animal semble bien, mais le moindre effort provoque un nouveau mouvement spasmodique; les yeux se tournent vers le haut et sont fixes; la tête est renversée en arrière, les membres sont raidis et l'abdomen est distendu et gonflé. Si l'animal en échappe, il est pendant une semaine ou davantage en prostration et ne retrouve tout son plein être qu'au bout de trois mois, encore pendant tout ce temps est-il affaibli, nerveux et marche-t-il en trébuchant.

On peut se demander si les expérimentations physiologiques contiennent ces symptômes; certainement, mais ils ne sont pas évidemment aussi prononcés. Ainsi nous trouvons dans les expérimentations : grande douleur dans le dos comme s'il était brisé, douleurs dans les régions localisées de la colonne vertébrale, ensuite douleur déchirante s'étendant des hanches aux genoux et des genoux aux pieds, rappelant les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice. (Je recommande l'emploi de *kalmia* dans l'ataxie locomotrice ayant obtenu avec ce remède un plein succès dans un cas datant de quatorze ans chez un homme de 64 ans et dont les symptômes consistaient en mal de tête pulsatif à la région temporale, insomnie, vertiges et douleurs fulgurantes dans les jambes.) En plus des douleurs susmentionnées, *kalmia* produit de l'engourdissement et du picotement et une sensation de froid dans les membres, un sentiment de lassitude et d'épuisement, de faiblesse dans les jambes, symptômes communs au début des maladies spinales, telles que la myélite aiguë, la paraplégie spastique, etc. Le Dr Dyce Brown considère *kalmia*

comme offrant le tableau clinique de l'irritation de la moelle; je partage cette opinion et je crois que son action s'étend plus loin et plus profondément.

Pour la sensibilité spéciale, *kalmia* a une action élective spéciale sur le nerf cubital produisant une douleur allant du petit doigt au coude en suivant dans le bras le trajet nerveux ou inversement.

Du côté des yeux, on note de la paresse dans les muscles de l'œil et des paupières, une douleur comme si les parois de l'orbitre comprimaient le globe oculaire, des pointes et des brûlures dans les yeux, une sensation de pression sur l'œil avec difficulté de l'ouvrir. Il y a en outre quelques autres symptômes relatifs à la vision, tels que des étincelles devant les yeux accompagnées de nausées et de vomissements, des mouches volantes suivies de nausées, enfin des troubles visuels allant jusqu'à l'amaurose. Ces symptômes s'aggravent dans la position debout; ces phénomènes, joints aux douleurs temporales et supra-orbitaires, indiquent l'emploi du remède dans certains cas de névralgies ciliaires, peut-être de conjonctivite, tandis que la pathogénésie générale porte plutôt son usage dans les affections oculaires rhumatismales ; les essais cliniques justifient, et bien au-delà, ces données tirées de la théorie. Les D[rs] Allen et Norton en ont retiré les meilleurs résultats dans des cas d'asthénopie surtout où existait une impression de pression des muscles en mouvant l'œil. Le D[r] Allen rapporte un cas de guérison de sclérochoroïdite antérieure où le corps vitré était tout rempli d'exsudats, et le malade avait des étincelles devant l'œil surtout quand il lisait avec l'autre œil. Le D[r] Allen cite également un cas de rétinite albuminurique survenue pendant la grossesse où il prescrivit *kalmia* à

cause de la douleur caractéristique dans le dos ; ce remède, continué assez longtemps, remit tout en ordre. Le Dr Hunt rapporte aussi des cas de guérison d'iritis rhumatismal avec douleurs pongitives et sensibilité de l'œil. Le Dr Boyle en a obtenu de bons résultats dans des inflammations des paupières avec chémosis et dans des sclérites même syphilitiques où l'iodure de potassium avait échoué. Enfin le Dr Michael a traité avec succès, amélioration en vingt-quatre heures et guérison au bout de dix jours, 1 cas de névralgie sus-orbitaire avec ptosis, dont la douleur s'étendait jusque dans l'œil.

Tous ces cas démontrent la place importante qui revient à *kalmia* dans les affections des yeux, même dans les troubles provenant du tabac d'après le Dr Knox Schaw qui en a 2 cas en traitement en ce moment à l'hôpital: les cas de douleurs de tête et phénomènes cardiaques produits par le tabac sont soulagés par *kalmia* qui, d'après la similitude d'action toxique, pourrait bien servir d'antidote au tabac.

L'action sur l'appareil auditif ne présente pas beaucoup à dire et nous relevons comme symptômes des tintements, des bourdonnements et des douleurs lancinantes dans l'oreille. Le Dr Brown préconise l'emploi de *kalmia* dans le vertige de Ménière, le vertige étant aussi un symptôme de ce remède ; c'est à essayer avec raison.

Pour l'olfaction, peu à noter : coryza fluent avec fréquents éternuements et troubles de l'odorat ; sensation de pression à la cloison du nez ; ces symptômes en justifient l'emploi dans le catarrhe nasal.

L'appareil digestif présente, pour suivre l'ordre des symptômes, à la bouche et à la gorge, gonflement, sécheresse et âpreté des lèvres, sécheresse de la gorge avec

dysphagie ; il en résulte de la douleur en avalant ; battements dans l'amygdale gauche, irritation de la gorge, serrement et grattement provoquant une toux fréquente. L'estomac et les intestins sont très intéressés ; les nausées sont très marquées, peuvent être même excessives et sont souvent accompagnées de troubles visuels ; il survient souvent des vomissements, mais les nausées prédominent ; les vomissements sont parfois bilieux ; une autre sensation est une chaleur ardente à l'épigastre et il y a en même temps à cette région une douleur rongeante ou déchirante. Le *kalmia* présente ici un symptôme absolument caractéristique que l'on ne retrouve à ma connaissance dans aucun autre remède, c'est une « douleur au creux de l'estomac s'aggravant quand on se baisse en avant et diminuant ensuite quand on se relève ». (*Belladone* se rapproche de ce phénomène, mais pour *belladone* la douleur de l'estomac force au contraire le malade à se pencher en avant.) Ce symptôme est une indication précieuse pour le choix du médicament, non seulement dans les affections de l'estomac mais aussi dans les maladies du cœur. Le Dr Clifton, dans la *Review*, cite un cas de gastralgie dans lequel la douleur augmentait en s'asseyant, s'améliorait en se remettant debout ; c'était comme une crampe accompagnée d'éructations gazeuses et de palpitations et *kalmia* produisit un résultat satisfaisant.

On note aussi une sensation de contraction dans l'estomac suivie de renvois ou de vomissements, et une douleur intestinale accompagnée de diarrhée ; diarrhée matinale avec gaz abondants, désir incessant, impérieux et infructueux d'aller à la garde-robe, brûlure à l'anus. Dans un cas il y avait une constipation telle qu'il fallut cesser l'expérimentation, les matières étaient volumineuses et

dures et ne passaient qu'avec difficulté. Avant de quitter le chapitre du tube digestif, il convient de recommander *kalmia* dans les crises bilieuses où les maux de tête, les nausées et les vertiges sont les symptômes dominants.

Au système urinaire, nous avons de la fréquence de la miction, augmentation de la quantité d'urine, douleurs déchirantes à la région lombaire, envies fréquentes d'uriner, émissions peu abondantes et cuisantes. Malheureusement on ne possède pas d'analyse de l'urine. La clinique nous fournit différents renseignements précieux ; ainsi le Dr Maey signale un cas de mal de Bright (diagnostic confirmé par le Dr Carrol Dunham) guéri par *kalmia* que l'on avait prescrit en considération des douleurs intenses et persistantes dans les membres. Arndt mentionne un cas de néphrite post-scarlatineuse où *kalmia* se montra le vrai remède après l'insuccès de *hepar*, *apis* et *arsenic*, et il ajoute s'être servi de ce remède avec de bons résultats dans beaucoup de cas semblables. L'auteur le donne à présent de préférence à tout autre médicament dans la seconde période de la néphrite scarlatineuse, accompagnée de douleurs dans les extrémités ou le dos, ou de douleurs irrégulières et paroxystiques dans des régions variées, ou encore de complications cardiaques; nous possédons aussi un succès dans une rétinite albuminurique.

Les organes sexuels sont peu influencés et les symptômes sont rares : douleurs dans les testicules, érections fréquentes et désirs ; nous n'avons aucun fait clinique. Les femmes voient leurs périodes ou avancées ou reculées et éprouvent de la douleur dans les reins, le dos et les cuisses. Arndt cite néanmoins *kalmia* comme le re-

mède le plus efficace dans les menstruations irrégulières ou supprimées accompagnées d'albuminurie.

Du côté de l'appareil respiratoire, chatouillements au larynx, toux avec expectoration putride, salée et grasse, le symptôme le plus important est relevé dans un cas d'empoisonnement, c'est le besoin de respirer comme provoqué par un spasme de la glotte ; il y a encore d'autres phénomènes pectoraux mais ils semblent appartenir plutôt à une origine cardiaque.

C'est sur le système circulatoire que *kalmia* jouit d'une grande influence. Des doses élevées produisent de la dépression, le pouls est réduit en fréquence et en force, tombant jusqu'à 35 battements par minute. Pouls affaibli et lent, imperceptible ou irrégulier ; soubresauts du cœur dans la poitrine avec anxiété, palpitations avec oppression et dyspnée provenant d'un point douloureux situé entre la 3e et la 4e côte, les palpitations s'aggravent quand on se penche ou par un effort mental et ceci est à rapprocher du symptôme important de l'estomac où la douleur également s'aggrave en se penchant et s'améliore en se relevant; c'est un point de ressemblance avec *digitalis* et *spigelia*.

Le Dr Hughes dit à ce sujet : « Il existe une douleur intense à la région des vertèbres cervicales, ce qui fait supposer que comme *digitalis* il y a une action sur la moelle allongée ». Cela se peut, bien qu'il n'y ait pas une connexion absolue entre la moelle allongée et une douleur de la région cervicale. Le Dr Dyce Brown croit que « l'action sur le cœur réside principalement dans une perturbation nerveuse ». Si cette action n'était pas réelle elle ne pourrait se produire alors que sur le tissu musculaire même du cœur, et je ne le pense pas parce que

le pouls lent de *kalmia* est un pouls faible et ne prouve pas par conséquent une contraction puissante. En conclusion, l'action se produit par l'intermédiaire du système nerveux, mais est-ce en agissant sur le centre inhibitoire du cœur, l'excitant d'abord et le paralysant ensuite, ou bien sur les fibres accélératrices du centre, ou bien encore sur les deux à la fois, ou bien enfin sur les extrémités terminales de ces fibres, c'est ce que l'expérience n'a pas jusqu'ici éclairci. Qu'il suffise donc pour le moment de savoir que *kalmia* a une action puissante sur le cœur et que les résultats cliniques engagent à l'employer dans les affections du cœur fonctionnelles ou organiques et aiguës ou chroniques. Quelques exemples. Le Dr Arthur Clifton a eu du succès dans l'hypertrophie avec dilatation, dans le rétrécissement aortique où la douleur est forte et le pouls lent, dans la dégénérescence graisseuse avec crise d'angine. D'après Farrington « on doit y recourir quand la goutte ou le rhumatisme remonte des articulations vers le cœur, surtout quand cette métastase n'est pas la conséquence des remèdes » ; il le recommande également dans l'hypertrophie. Le Dr Oscar Hansen cite un cas de guérison présentant comme symptômes une pression sur la partie interne du sternum s'améliorant en se relevant, avec palpitations et angoisse ; le fait de se relever provoquait dans ce cas la sensation de quelque chose qui tombait du sternum. Carrol Dunham rapporte un cas grave d'endocardite avec rhumatisme guéri par *kalmia*. Arndt parle avec conviction de *kalmia* dans la péricardite, mais avec cette restriction qu'il est inférieur à *aconit* à la période inflammatoire. Le Dr Clarke, dans le *World*, rapporte un cas de tachycardie avec douleurs. *Thyroïdine* 30e avait plusieurs fois amélioréla tachycardie

et le fit encore cette fois-ci, mais les douleurs persistaient. *Kalmia* 200[e] soulagea les deux, surtout les douleurs, en un temps très court. *Kalmia* doit être présent à l'esprit dans les cas de cœur excitable, et particulièrement dans les désordres d'innervation en rapport avec l'alcool, le thé, le café ou le tabac ; pour ce qui concerne le tabac, il en a déjà été question plus haut à propos des phénomènes oculaires. Enfin, mentionnons une dernière catégorie de cas, la faiblesse du cœur dans la diphtérie, d'après le Dr Allen : en effet, *kalmia* 6[e] aurait fait merveille là où la *digitalis* avait été impuissante ; cette action montre l'utilité possible dans les dépressions générales avec pouls lent dues à certaines maladies, telles que l'influenza entre autres.

Nous croyons avoir prouvé suffisamment le succès de *kalmia* dans les affections du cœur et il reste à considérer les indications pour l'usage de ce remède. Outre les symptômes importants déjà mentionnés, pouls lent, faible, ou rapide et irrégulier, palpitations, douleurs avec ses caractères spéciaux d'aggravation ou d'amélioration, il existe d'autres indications importantes, telles que maux de tête ou névralgies particulièrement à droite, douleurs dans le bras s'étendant aux doigts et suivies de lourdeur. On pourrait comparer avec *aconit*, *rhus* et *cactus*, mais la présence de douleurs variables, les vertiges et les nausées font pencher le choix vers *kalmia*.

Considérons maintenant la symptomatologie des membres et du tronc, de la peau, de la fièvre et du sommeil ainsi que les symptômes généraux, et enfin l'usage dans les maladies générales.

Pour les membres et le tronc nous avons déjà vu plusieurs symptômes ; la principale caractéristique est que

les douleurs occupent un membre ou plusieurs articulations à la fois et qu'elles changent fréquemment de siège ; il n'y a pas de gonflement ni de rougeur dans les articulations, ce qui le différencie de *colchicum* qui, d'après Wurmb, provoque des « gonflements et de la rougeur des articulations semblables à celle du rhumatisme et changeant facilement et rapidement de localisation ». Les douleurs de *kalmia* peuvent cependant être fortes et persistantes, surtout quand elles occupent le dos ; elles peuvent s'aggraver par le mouvement mais c'est le plus souvent le contraire ; les articulations les plus fréquemment atteintes sont le genou, l'épaule et le coude, de préférence le genou ; il y a aussi affinité spéciale pour l'index et le nerf cubital.

A la peau,on note des chatouillements, des picotements, des sensations de brûlure et de transpiration.

Le sommeil est peu reposant, entrecoupé de rêves pénibles ; le malade parle et se remue pendant qu'il dort, et il en résulte pendant le jour une lassitude et une envie de dormir.

Kalmia n'a pas d'action fébrile, il produit seulement une sensation de froid et de frisson, alternativement chaleur et froid ; la tête est congestionnée mais le pouls normal ; ce qui prédomine, c'est le froid.

Les symptômes généraux sont très marqués, le plus important est une grande sensation de fatigue et de langueur, par dessus tout une impression de meurtrissure générale, de la lassitude, un besoin impérieux de dormir.

Depuis, toujours on en a recommandé l'usage dans les affections rhumatismales ; il est surtout indiqué dans les cas subaigus ou chroniques et principalement quand ils

sont imputables au froid ; à ce titre, il est utile dans le rhumatisme musculaire. Il n'est pas homœopathique au rhumatisme articulaire aigu avec gonflement et rougeur articulaire, bien que le Dr Arthur Clifton l'indique dans ces cas quand la douleur erratique prédomine et il ajoute : « surtout quand les douleurs débutent dans les extrémités supérieures et de là descendent dans les membres inférieurs ».

Reste une affection dans laquelle *kalmia* a acquis une certaine réputation, c'est la syphilis ; nous avons signalé plus haut que les cas de sclérite traités avec succès étaient de nature syphilitique. Le Dr A. Clifton mentionne un cas de mal de gorge chronique avec sécheresse et grattements à la gorge entraînant la toux ; le malade n'obtenant pas de résultats assez rapides alla ailleurs et fut promptement guéri par *kalmia* qui est homœopathique à ces symptômes et qui fut choisi de préférence parce que le sujet était syphilitique.

Telle est la note très intéressants que le Dr Lambert a lue devant la *Société de Matière médicale et thérapeutique.* Cet article a été suivi d'une discussion que nous résumons brièvement.

Le Dr Hughes constate que *kalmia* est un médicament d'avenir ; son expérience personnelle a montré l'affinité pour les névralgies de la tête et de la face ; l'indication qui lui paraissait la plus saillante est que la douleur ne se localisait pas seulement au trijumeau mais s'étendait également aux nerfs du cou et des bras principalement à droite, et l'on retirera les meilleurs effets de *kalmia* dans les névralgies de ce genre siégeant à droite. L'action sur le cœur est indubitable et l'emploi est recommandé quand le pouls est lent, faible, chez un sujet nerveux.

Le Dr Madden conseille surtout de limiter les doses de la 1re décimale à la 12e centésimale car, selon lui, il n'est pas certain que dans les cas signalés avec la 200e, on ait affaire à l'action du médicament lui-même.

Le Dr Goldsbrough a employé *kalmia* surtout dans la sphère nerveuse, particulièrement dans les névralgies et les douleurs musculaires ; il le trouve également un précieux remède de l'influenza où il y a un extrême « ennui » musculaire et troubles du cœur, accompagné, comme il l'a remarqué souvent, de névralgie du trijumeau ; il le compare à *spigelia*, qui cependant ne présente pas l'engourdissement musculaire de *kalmia*.

Le Dr Lambert, en conclusion de la note et de la discussion, répond qu'il ne croit pas que l'action de *kalmia* se borne à la 5e paire, le trijumeau, car les douleurs sont disséminées dans la tête et varient, affectant tantôt la partie antérieure, tantôt descendant vers le dos ; son action porte plutôt sur tous les nerfs en général et plus particulièrement seulement sur les nerfs sus-orbitaire et cubital. *Kalmia* supprime tous les maux de tête quel qu'en soit le siège. Le Dr Lambert signale le cas d'un jeune homme malade depuis des années, souffrant de maux de tête persistants, de névralgie faciale bilatérale ; son cœur était irrégulier et il présentait en outre d'autres symptômes de *kalmia*, tels que douleurs articulaires et attaques bilieuses ; *kalmia* 3e décimale produisit une amélioration le premier jour, et en trois semaines amena la guérison. Répondant à l'observation du Dr Madden, pour la question de la dose, le Dr Lambert dit avoir guéri un mal de tête chronique chez un homme, avec la 200e alors que des dilutions plus basses avaient perdu leurs effets ; aussitôt que le malade cessait le médicament, le

mal reprenait. L'action des hautes dilutions est indubitable, notamment pour *kalmia*. (*The Journal of the British Homœopathic Society.*)

Traduction du Dr Oscar MARTINY.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE QUELQUES AFFECTIONS SCROFULEUSES.

Nous réunirons dans ce chapitre le traitement des tumeurs blanches et du mal de Pott, parce que pour toutes ces affections le traitement médical est le même; c'est celui de la scrofule. Les principaux médicaments sont calcarea, sulfur, silicea, conium, iodium, argentum et aurum. Nous croyons inutile de reproduire ici les indications particulières de chacun de ces médicaments puisqu'on peut les retrouver au traitement de la scrofule.

Nous insisterons de nouveau sur ce point de thérapeutique, c'est que le traitement héroïque de la scrofule et de ses affections consiste avant tout, et par-dessus tout, dans l'air marin, les bains de mer et les bains d'eaux-mères.

Nous le répétons, ce traitement est plus efficace que tous les médicaments, mais à la condition d'être continué très longtemps, six mois, un an, dix-huit mois et plus.

Nous n'aurons donc à nous occuper dans ce paragraphe que du traitement local.

Le traitement local de la tumeur blanche et du mal de Pott est le même. Il consiste dans l'immobilisation de la partie malade; c'est la condition absolue de la guérison

de ces affections, et c'est depuis que les chirurgiens sont persuadés de la nécessité de l'immobilisation qu'on voit guérir un grand nombre de tumeurs blanches du genou et de la hanche, ainsi que du mal de Pott, tandis qu'autrefois l'incurabilité était la règle.

L'immobilisation doit maintenir le membre dans la situation qui sera plus utile après la guérison, c'est-à-dire dans l'extension pour les membres inférieurs et dans une demi-flexion pour le membre supérieur. La colonne vertébrale doit être immobilisée dans la situation rectiligne; la gouttière de Bonnet est l'appareil le plus commode pour immobiliser les membres et la colonne vertébrale.

Dans le mal de Pott, quand la carie siège dans la partie cervicale de la colonne, on doit faire construire des appareils spéciaux qui soutiennent le poids de la tête et s'opposent à tous les mouvements du cou.

Les moyens révulsifs dont on a tant usé et abusé autrefois : pointe de feu, moxa, cautère, vésicatoire, ont une action fort problématique et nous les déconseillons absolument.

Quand on peut faire prendre des bains d'eaux-mères à ces malades, la gouttière de Bonnet doit être remplacée pendant la durée du bain par les appareils en osier qui ne craignent pas le contact de l'eau.

Quand, malgré l'immobilisation et le traitement par les eaux-mères, il survient des abcès par congestion, on doit les ouvrir avec les précautions aseptiques habituelles et faire des injections de teinture d'iode ou d'éther iodoformé. Si, malgré tous ces soins, la maladie s'aggrave, ce qui est rare, on pourra avoir recours à l'amputation ou plutôt à la résection qui réussit si bien chez les enfants.

TRAITEMENT DE L'OSTÉOMYÉLITE.

Cette affection, dont on trouve déjà la description dans Boyer est, comme l'a démontré notre ami le Dr Dufresne, une variété de la diathèse purulente.

Pendant la période aiguë de la maladie deux médiments principaux sont indiqués : l'aconit et le sulfate de quinine.

L'aconit est le médicament du mouvement fébrile si intense qui accompagne toujours cette maladie : on doit l'administrer à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes de teinture mère par jour chez l'adulte. Si, comme cela arrive fréquemment, le mouvement fébrile revêt le type rémittent, on devra administrer le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme à 2 grammes pendant la rémission et on continuera l'aconit pendant le paroxysme fébrile.

Il arrive souvent dans cette maladie que les douleurs deviennent atroces. On sera autorisé dans ce cas à faire une piqûre de morphine qu'on pourra répéter si la douleur reparaît avec la même intensité.

Il est très important d'ouvrir largement les abcès quand ils sont formés.

L'évacuation du pus est un grand soulagement pour les malades.

Si le malade a le bonheur d'échapper aux accidents aigus, il garde des nécroses étendues dont l'élimination fort difficile demande des années, et sont la source d'indications chirurgicales sur lesquelles ce n'est pas le lieu d'insister.

TRAITEMENT DE L'HYDARTHROSE.

Au point de vue du traitement, l'hydarthrose ou hydropisie des articulations présentent trois formes : la forme commune, la forme bénigne et une forme assez rare que nous avons décrite le premier, la forme périodique.

FORME COMMUNE. — Au début, il y a deux médicaments principaux : cantharis et apis mellifica.

1° *Cantharis* est un médicament des hydropisies aiguës. Il convient au début de l'hydarthrose, surtout quand, ce qui est rare, l'articulation est douloureuse.

Doses et modes d'administration. — Les trois premières dilutions et même la teinture mère, trois gouttes dans une potion de 200 grammes, quatre cuillerées par jour, pendant huit jours. S'il y a une amélioration sensible, on continuera le même médicament ;

Si au contraire il n'y a pas d'amélioration on prescrira le médicament suivant.

Apis mellifica. — C'est aussi un médicament des hydropisies. Il est indiqué quand l'articulation est fortement distendue et qu'il n'y a pas de douleur.

Doses et modes d'administration. — Les trois premières triturations répétées trois fois par jour.

Agenor de Gasparin rapporte avoir obtenu plusieurs guérisons en faisant piquer la jointure par des abeilles. Mais quand l'hydarthrose dure déjà depuis plusieurs semaines, et à plus forte raison depuis plusieurs mois, la guérison devient plus difficile. Iodium est alors le médicament principal. On doit le prescrire en variant les doses de la

6e à la teinture mère. Et de cette dernière dose pas plus d'une goutte pour une cuillerée d'eau. Deux doses par jour pendant trois semaines.

Il faut s'aider ici des moyens externes : application d'iode, de pointes de feu : la compression méthodique et l'immobilité absolue sont souvent nécessaires. Certains cas ne guérissent que par l'action des bains d'eaux mères de Salies, de Salins ou du Croisic.

Dans la FORME BÉNIGNE, dont la marche est beaucoup plus aiguë et qui guérit spontanément à la fin de la troisième semaine, cantharis et apis sont des médicaments suffisants.

Dans la FORME PÉRIODIQUE caractérisée par l'apparition d'une hydarthrose à marche rapide, achevant son évolution en un septénaire ou un septénaire et demi et se reproduisant tous les douze ou quinze jours, il n'y a point à se préoccuper du traitement de l'accès mais du traitement de la maladie. Le china et le chininum sulfuricum en basses triturations m'ont rendu quelques services. Deux de mes malades ont guéri après une saison de deux mois aux bains d'eaux mères du Croisic.

Dr P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. **SUR UN MÉMOIRE DE M. FONTAN CONCERNANT LA MÉTHODE DU CURETTAGE DANS LE TRAITEMENT DES GRANDS ABCÈS DU FOIE. — II. SUR LA CURE D'AIR DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE A L'HOPITAL D'ORMESSON. — III. TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES PAR LA SUTURE INTRA-VÉSICALE (CYSTORAPHIE INTERNE). — IV. NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA PUÉRICULTURE INTRA-UTÉRINE.**

Séance du 12 novembre. — M. Rochard analyse un mémoire de M. Fontan, chirurgien de la marine, sur les résultats de la méthode du curettage dans le traitement des grands abcès du foie.

Le procédé employé par l'auteur est un perfectionnement de celui qu'ont inauguré les médecins de Shanghaï, notamment le Dr Little, et que le Dr Rochard a fait connaître à l'Académie en 1880.

La méthode de Little consiste à opérer aussitôt que la présence du pus est reconnue. On commence par enfoncer l'aiguille de l'appareil de Dieulafoy dans la direction la plus convenable et à la profondeur nécessaire pour atteindre la collection; puis, aussitôt que le pus se montre dans l'aspirateur, on se sert de l'aiguille comme d'un conducteur, pour enfoncer un bistouri dans le foyer de l'abcès et l'ouvrir très largement. On écarte les bords

de l'incision avec une pince, pour favoriser l'écoulement du pus épais et grumeleux, puis on lave largement le foyer avec une solution phéniquée à 1 p. 100, qu'on fait couler jusqu'à ce qu'elle ressorte limpide. Un tube à drainage du plus fort calibre est alors introduit dans la plaie et recouvert à l'aide d'un pansement antiseptique.

M. Fontan a reconnu que, dans les nombreuses opérations qu'il a pratiquées, la grande incision de Little était encore trop petite et que, faite en un temps, elle était dangereuse. Il a constaté de plus que le lavage antiseptique le plus prolongé ne suffit pas pour entraîner les grumeaux de pus, les débris du parenchyme hépatique contenus dans ces immenses abcès anfractueux et qu'il fallait y joindre le grattage des parois.

Son procédé consiste :

1° A pratiquer une incision couche par couche de 8 à 10 centimètres, en y joignant une résection de côte, lorsque l'ouverture porte sur la cage thoracique ;

2° A jeter des points de suture sur la plèvre et quelquefois sur le péritoine, pour canaliser la voie que suivra le pus en s'échappant de l'abcès ;

3° A pratiquer le curettage complet de la poche de l'abcès, en l'ouvrant avec prudence, à l'aide de longues curettes tranchantes, tout en faisant l'irrigation continue, jusqu'à ce que l'eau recueillie n'entraîne plus de débris hépatiques.

A la suite de cette opération, la fièvre tombe, les digestions se rétablissent, la suppuration se tarit presque immédiatement et la convalescence se fait avec une rapidité surprenante.

Dans les 30 observations du mémoire de M. Fontan, il y a eu 26 guérisons et 4 morts, ce qui donne 86,66

—

succès sur 100, tandis que la proportion des succès était de 20 p. 1.000 avant l'antisepsie et de 30 p. 1.000 avec la méthode de Little.

Dans la même séance, M. Blache lit un travail sur la cure d'air dans le traitement de la tuberculose à l'hôpital d'Ormesson. Le traitement suivi à l'hôpital d'Ormesson est basé tout spécialement sur l'hygiène, l'aération et la suralimentation.

Ormesson, petite commune de 145 habitants, est située à l'extrémité du plateau de Champigny; son élévation au-dessus du niveau de la mer est de 94 mètres et domine la vallée de la Marne. Le terrain sur lequel est construit l'hôpital a 25.000 mètres de superficie et forme la partie la plus élevée d'un coteau orienté vers le sud et sud-ouest.

Les bâtiments affectés aux dortoirs des jeunes malades sont deux immenses pavillons de bois dont l'un ne cube pas moins de 2.880 mètres cubes d'air, assurant à chaque enfant plus de 60 mètres cubes d'un air renouvelé constamment par des vitres perforées.

Afin de laisser à la cure d'air toute son importance et toute sa valeur, aucune médication spéciale n'est mise en pratique à Ormesson, si ce n'est l'usage d'huile de foie de morue pendant la saison des grands froids. Tous lee enfants se lèvent le matin de bonne heure, et sont astreints à des soins de propreté sévèrement surveillés; ils sont ensuite habillés de vêtements de laine.

Deux fois par semaine, à moins de contre-indication reconnue par le médecin, chaque malade est baigné, savonné sérieusement, puis vigoureusement frictionné pour assurer un complet fonctionnement de la peau.

Chaque jour, après la toilette, les enfants sont conduits au réfectoire.

Après le premier repas, les enfants vont au jardin, ou s'il pleut dans des préaux couverts ; c'est là que, selon leur âge, selon les saisons, ils se livrent à des jeux ou à des exercices en plein air, jardinage ou gymnastique.

Les plus malades sont, au contraire, tenus au repos, étendus sur des chaises longues et enveloppés de couvertures, mais maintenus à l'air sous des auvents ouverts, mais bien abrités.

Quant à l'alimentation, elle est la plus substantielle possible.

Voici la moyenne sur un ensemble de 438 malades traités :

Moyenne générale annuelle des malades traités : 109.

Guérisons	42,712	0/0
Améliorations . .	40,291	—
Etat stationnaire.	8,967	—
Cachexie.	4,59	—
Décès	3,44	—

Résumé de la statistique médicale 1889-1890.

Guérisons	8	0/0
Améliorations . .	24	—
Etat stationnaire.	16	—
Aggravation . . .	4	—
Décès	0	—

(Sur 51 malades).

Ormesson 1891.

Guérisons	34	0/0
Améliorations . .	40	—

État stationnaire.	10	—
Décès.	4	—

(Sur 89 malades).

ORMESSON 1892.

Guérisons.	52,80	0/0
Améliorations.	34,80	—
Etat stationnaire.	3,33	—
Cachexie.	4,44	—
Décès.	4,44	—

(Sur 93 malades).

ORMESSON ET VILLIERS 1893.

Guérisons.	46,57	0/0
Améliorations.	22,66	—
Etat stationnaire.	11,64	—
Cachexie.	7,54	—
Décès.	4,79	—

(Sur 146 malades).

ORMESSON ET VILLIERS 1894.

Guérisons.	33,63	0/0
Améliorations.	1,80	—
Etat stationnaire.	3,60	—
Cachexie.	1,80	—
Décès.	4,54	—

(Sur 110 malades).

Séance du 19 novembre. — M. Duplay rappelle que l'opération de choix pour le traitement de la fistule vésico-vaginale est, encore aujourd'hui, l'avivement large

et la suture par le vagin, selon les principes de la méthode américaine.

Mais il est des cas où cette méthode n'est pas praticable. On en est réduit alors à pratiquer certaines opérations palliatives, comme l'occlusion de la vulve, du vagin, du col de l'utérus, mais qui présentent de grands inconvénients et ne peuvent être considérées que comme des pis aller.

Trendelenbourg eut le premier l'idée, en 1889, d'aborder la fistule par l'intérieur de la vessie pour en faire l'avivement et la suture. La première observation fut un insuccès, mais quatre ans plus tard il publiait deux autres cas qui, malgré certaines imperfections dans les résultats, peuvent être, dit le professeur Duplay, considérés comme heureux.

M. le Dr Clado est parvenu à régler mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'ici le manuel opératoire de la *cystoraphie interne.*

C'est d'après ce procédé que M. Duplay a obtenu dans son service de l'Hôtel-Dieu une guérison complète et rapide.

Séance du 26 novembre. — Il existe à Paris, depuis plusieurs années, des établissements spéciaux dits : Refuges ou Asiles où les femmes enceintes privées d'aide et de protection peuvent être admises.

C'est l'étude du produit de ces femmes qui fait l'objet de la communication de M. Pinard.

Presque toutes les femmes recueillies et soignées au refuge de l'avenue du Maine, — fondé en 1892, par M. Bequet, de Vienne — vont accoucher à la clinique Baudelocque.

Les enfants de ces femmes sont pour la plupart remarquables par leur développement.

M. Pinard a comparé les enfants des femmes venant accoucher dans son service directement, — c'est-à-dire ayant pour la plupart continué à travailler pendant leur grossesse, — avec les enfants des femmes reposées et soignées soit au refuge, soit au dortoir.

En comparant le poids des enfants chez 500 femmes reposées et soignées soit au refuge, soit au dortoir et le poids des enfants chez 500 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement, M. Pinard a trouvé :

500 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement, ont donné :

Poids d'enfants : 1.505.000 grammes ; par enfant, 3.010 grammes.

500 femmes, ayant séjourné au moins dix jours au refuge, ont donné :

Poids d'enfants : 1.645.000 grammes ; par enfant. 3.290 grammes (140.000 grammes en plus).

500 femmes, ayant séjourné au dortoir de la clinique Baudelocque, ont donné :

Poids d'enfants : 1.683.000 grammes ; par enfant, 3.366 grammes (178.000 grammes en plus).

M. Tarnier a, dans un travail précédent, recherché le poids moyen des enfants des jeunes accouchées à la Maternité pendant une période de seize ans, et est arrivé aux chiffres suivants ;

Poids moyen de 3.794 garçons issus de primipares : 3.164 grammes.

Poids moyen de 3.159 filles issues de primipares : 3.101 grammes.

Poids moyen de 4.025 filles issues de multipares : 3.120 grammes :

Poids moyen de 4.623 garçons issus de multipares : 3.372 grammes.

Les résultats donnent l'explication du chiffre plus élevé obtenu chez les enfants des femmes du dortoir que chez les enfants du refuge.

On voit, en effet, l'influence de la multiparité. Or chez les femmes du refuge, la proportion des primipares est bien plus considérable : 60 primipares par 31 multipares tandis qu'au dortoir la proportion est de : 45 primipares pour 55 multipares.

Ce n'est donc pas la différence de soins, mais la différence de population qui est cause de la différence de poids M. Pinard a, de plus, essayé de comparer la durée de la grossesse chez les unes et les autres.

Il s'est basé sur le laps de temps écoulé entre les dernières règles et l'accouchement. Chez 1.000 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de l'accouchement, le temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'accouchement a été :

De 280 jours et plus.	482 fois
De 270 à 280. . . .	279 —
Au-dessous de 270.	239 —

Chez 1.000 femmes ayant séjourné au refuge ou au dortoir, le temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'accouchement a été :

De 280 jours et plus.	660 fois
De 270 à 280. . . .	214 —
Au-dessous de 280, ...	126 —

Ces chiffres prouvent les bienfaits du repos et du calme

pour la mère, et surtout pour le développement de l'enfant.

Dr Crépel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Néphrite typhoïde mortelle. — II. Médication thyroïdienne dans le goitre vulgaire et dans l'obésité. — III. Trois cas d'acromégalie traités par des tablettes de corps pituitaire. — IV. Pyopneumothorax ayant fusé dans la région lombaire. — V. Contagiosité de la scarlatine. — VI. Enanthème buccal de la rougeole.

I

(*Séance du* 8 *novembre.*) — A propos d'un cas de néphrite typhoïdique mortelle, qu'il vient d'observer, M. Rendu rappelle qu'on a deux opinions sur la pathogénie des néphrites de la fièvre typhoïde : pour les uns, c'est le bacille d'Eberth qui au moyen du torrent circulatoire va infecter le rein ; pour les autres, qui s'appuient sur l'absence du bacille d'Eberth dans les reins qui ont été examinés,ce sont les microcoques pyogènes et les innombrables microbes de l'intestin qui produiraient une néphrite secondaire, soit par leur action directe sur le rein, soit par l'action de leurs toxines.

La malade qu'il a observée en juillet dernier à l'hôpital Necker est en faveur de la première opinion. C'était une jeune femme de 20 ans, entrée le 1er juillet au huitième jour d'une fièvre typhoïde grave,avec urines rares,brunes, contenant une notable quantité d'albumine.

Malgré le traitement par les bains froids systématiques

la température va en croissant, ne présentant que des rémissions insignifiantes après les bains.

La température montant toujours malgré le traitement, le 5 juillet (41,2), lavements de 1 gramme d'antipyrine. Le 6, éruption érythémateuse sur les cuisses, l'abdomen, et diminution considérable des urines.

Le 7 et le 8, urémie, température basse, 37°, collapsus, vomissements et hoquets; mort le 9.

A l'autopsie, outre les lésions ordinaires de la fièvre typhoïde, néphrite évidente des reins, contrôlée par l'examen histologique; au point de vue bactériologique, amas de bacilles très nombreux, siégeant au niveau de l'épithélium et dans l'intérieur des tubuli, sans se retrouver dans le tissu conjonctif du rein: c'est au niveau du tubuli contorti qu'ils sont le plus nombreux. Ce sont « des bacilles trapus, larges et présentant les extrémités arrondies. Ces bacilles se colorent bien par le bleu de Kuhne et par la thionine phéniquée; ils se décolorent par la méthode de Gram. Ces caractères permettent d'affirmer qu'il s'agit bien là de bacilles typhiques et non de colibacilles. »

Ces constatations anatomiques sont très importantes, car les connaissances que l'on avait sur ce sujet, dues à la thèse de M. Enriquez, sont en contradiction avec cette observation. Cet auteur, en effet, avait trouvé chez trois typhiques que la culture des éléments parenchymateux du rein et du sang rénal décelait la présence du bacille d'Eberth, qui ne s'est montré qu'une seule fois sur des coupes microscopiques et qui était localisé dans le tissu conjonctif interstitiel et ne se rencontrait pas au niveau des tubuli; localisation contraire à celle qu'on observe d'ordinaire dans les néphrites infectieuses, quel que soit

le microbe pathogène, pneumocoque ou staphylocoque.

La marche de la maladie montre que la malade est morte surtout par sa complication rénale.

M. Merklen rapproche de l'observation de M. Rendu, un cas qu'il a observé l'année dernière à l'hôpital Saint-Antoine ; il s'agissait d'une femme de 23 ans, prise au douzième jour d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, de douleurs lombaires, de vomissements et d'hématurie. Cet état dura seize jours jusqu'à la terminaison de la maladie ; le sang provenait bien du rein, puisqu'il existait dans l'urine des cylindres hémorrhagiques ; les urines prises dans la vessie avec une sonde stérilisée,continrent, tout le temps de l'hémorrhagie, de nombreux bacilles d'Eberth en culture pure.

M. Hanot a eu 7 malades morts de néphrite dans le cours de la fièvre typhoïde et il a remarqué que chez eux le traitement par les bains froids ne produisait aucune diminution dans l'hyperthermie, tandis que les autres typhoïdiques en éprouvaient une diminution plus ou moins grande.

M. Chauffard croit qu'il est difficile d'affirmer que les microbes observés dans les tubuli sont bien des bacilles typhiques.Il est encore difficile de différencier les bacilles d'Eberth et coli-bacilles, malgré les cultures et les réactions chimiques employées. Il croit cependant que la précocité de la néphrite observée chez la malade de M. Rendu est en faveur de l'hypothèse d'une néphrite par bacille d'Eberth ; celles qui sont tardives, au contraire, dépendent plutôt d'une infection secondaire : il a vu dans son service une néphrite à staphylocoques chez un dothiénentérique, consécutivement à un vaste abcès de la fesse.

II

Le Dr Marie rapporte une observation de traitement du goitre simple par le corps thyroïde avec une amélioration extrêmement rapide.

Il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans, originaire de la Creuse ; sa mère porte depuis l'âge de 24 ans, un goitre gros comme une noix. A 14 ans, au moment de la formation, début du goitre qui a augmenté progressivement depuis. Il y a dix-huit mois, pendant une promenade, la malade a été prise de suffocation avec gonflement considérable du goitre ; quelques jours après, le goitre était revenu à son état habituel et depuis il n'augmente que lentement.

Le 14 septembre, le goitre avait le volume de la moitié d'une orange ; « son diamètre transversal au niveau des clavicules est de 8 centimètres, le diamètre transverse maximum est de 9 centimètres ; le diamètre vertical mesure 55 millimètres ». La tumeur est élastique, ne gêne ni la respiration ni la déglutition ; il n'y a ni oxophthalmie, ni tachycardie, un peu d'oppression et de palpitations en montant : 2 tablettes de corps thyroïde.

Le 19, cinq jours après, le goitre est moins gros, le col de la malade boutonne facilement et est large, tandis qu'elle ne pouvait le boutonner le 14 septembre.

Le 26, douze jours après le début du traitement, diminution notable ; « le diamètre transverse du goitre au niveau des clavicules n'est plus que de 45 millimètres, alors que le 15 septembre il était de 50 ; le diamètre transverse maximum n'est que de 55 millimètres au lieu de 90 millimètres ; le diamètre vertical est de 40 millimètres au lieu de 55 millimètres ».

Comme symptômes produits par la thyroïdine, nous ne trouvons que les suivants : légère augmentation du nombre des battements du cœur, qui passent de 80 le 16 septembre à 100 le 24 et le 26 ; « de la faiblesse et une sorte de tremblement des membres inférieurs, surtout en marchant, un peu de céphalalgie, de courbature, un léger état nauséeux, un peu d'anorexie ».

La malade ayant été obligée de retourner dans son pays, le traitement a été suspendu.

Nous avons eu là cependant une action certaine et évidente du traitement thyroïdien sur le goitre simple.

M. Marie rappelle à ce propos diverses observations antérieures, et en particulier celles de M. Bruns, qui sur 60 goitres simples a eu 14 guérisons, 20 améliorations très marquées et 9 améliorations notables. Cet auteur a remarqué que le traitement thyroïdien agissait bien surtout dans les trois conditions suivantes : goitre de volume modérés, d'origine récente, chez un sujet jeune.

A propos de cette communication, M. Rendu rapporte un résultat très remarquable du traitement thyroïdien dans l'*obésité*.

« Au mois de mai dernier j'ai prescrit la médication thyroïdienne à une jeune fille âgée de 15 ans et demi, issue de parents arthritiques et obèses, et qui avait atteint le poids extraordinaire de 220 livres. La santé générale commençait à être sérieusement altérée : l'enfant était essoufflée au moindre effort, ne pouvait monter quelques marches d'escalier sans être prise de palpitations, et souffrait constamment des reins. Il y avait évidemment chez elle de la surcharge graisseuse du cœur, et de l'infiltration adipeuse viscérale. J'ai cherché à me rendre compte

de l'état du corps thyroïde, mais le pannicule graisseux du cou le masquait complètement : ce qui est certain, c'est qu'il n'existait ni goitre, ni accroissement de volume de la glande thyroïde.

« Le traitement a été commencé vers le 15 mai, et suivi régulièrement jusqu'à la fin de juin, avec repos en août : en tout deux mois et demi. Il a consisté en deux pastilles de Burroughs et Wellcome par jour, après une semaine d'essai pendant laquelle une seule pastille était consommée dans les vingt-quatre heures. Je dois dire qu'à ce traitement j'ai joint une diète sévère :

« Suppression du pain, régime carné presque absolu, diminution des boissons, exercice graduel et entraînement à la marche tous les jours. Malgré cela, je suis convaincu que c'est à la médication thyroïdienne, au moins autant qu'à l'hygiène, que la malade a dû les résultats surprenants que j'ai constatés.

« Il y a quelques jours, en effet, la mère de cette jeune fille me la ramenait de la campagne et j'avais peine à la reconnaître, tant elle était changée à son avantage. Elle ne pesait plus que 134 livres ; c'est-à-dire qu'en six mois elle avait perdu le chiffre colossal de 66 livres ; non seulement elle avait subi cette énorme déperdition sans en souffrir, mais jamais elle ne s'était si bien portée ; elle peut faire maintenant, à pied, plusieurs kilomètres sans fatigue, monter rapidement un escalier sans s'essouffler ; bref, elle a l'apparence et la réalité de la plus parfaite santé. Or, je dis que la médication thyroïdienne a été l'agent de cette extraordinaire transformation, car, à plusieurs reprises, les années précédentes, j'avais essayé de combattre cette obésité croissante par l'hygiène et par le régime, et je n'étais arrivé à aucun résultat satisfaisant. »

Les résultats ne sont pas toujours aussi remarquables, ainsi un vigneron champenois, qui a suivi cet été pendant cinq mois un régime amaigrissant et qui a fait usage de 2 pastilles de corps thyroïde par jour n'a eu qu'un amaigrissement relatif d'une quinzaine de livres. De même, une dame très volumineuse à qui j'ai fait suivre le même régime alimentaire, avec V gouttes de *thyroïdine* (1) matin et soir, a eu un amaigrissement d'une vingtaine de livres et surtout une diminution considérable de l'essoufflement et des battements de cœur en marchant. La thyroïdine (1) est la première atténuation au 100e de l'extrait thyroïdien, préparé suivant la méthode de Brown-Séquard et considéré comme une teinture-mère.

III

M. Marinesco rapporte trois cas d'acromégaliques, qui ont été traités avec des tablettes de corps pituitaire de mouton. On sait que dans tous les cas d'acromégalie qui ont été suivis d'autopsie, on a toujours trouvé une hypertrophie du corps pituitaire. Nous n'avons là qu'une indication de traitement à essayer et et nous ne suivrons pas l'auteur de la communication dans toutes les hypothèses qu'il émet sur la pathogénie de cette affection si bizarre et sur le mode d'action du traitement qu'il conseille.

Nous signalerons seulement les résultats de ses essais.

Chez le premier malade, la céphalée a diminué notablement et très rapidement ; le retour de la douleur de tête coïncidait avec les suspensions du médicament. Le malade a quelques coliques et de la diarrhée paraissant sous la dépendance du traitement.

La seconde malade a aussi éprouvé une amélioration

de la céphalalgie, « elle souffre beaucoup moins de ses mains, dont les mouvements sont plus libres ;... les fourmillements éprouvés au début ont à peu près disparu... Sans pouvoir affirmer qu'il s'est produit une diminution du volume des mains, on peut ajouter que les parties molles, tout au moins, sont moins tuméfiées qu'avant le traitement ».

Chez le troisième malade, l'amélioration est peu marquée. On a commencé le traitement par une demi-pastille par jour, et on a augmenté progressivement de dose jusqu'à quatre pastilles, on a diminué progressivement, puis on a augmenté et ainsi de suite.

IV

(*Séance du 15 novembre.*) M. Galliard vient lire une observation qui est une curiosité pathologique.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, atteint de pyopneumothorax total du côté droit, qu'il avait suivi pendant plusieurs mois tant à l'hôpital qu'à la consultation et qui rentra dans son service le 5 juillet dernier. Le pneumothorax existait toujours, mais la zone tympanique avait augmenté et le niveau de l'épanchement avait beaucoup diminué ; par contre, il existait une déformation récente au niveau de la région lombaire droite : une saillie arrondie, molle, peu résistante, non pulsatile, fluctuante », qui va en augmentant les jours suivants ; on constate alors « que la poche se tend sous l'influence des secousses de toux et qu'elle se réduit partiellement sous l'influence d'une compression lente ». Il y avait donc communication entre la collection purulente lombaire et la cavité thoracique ; le pyopneumothorax avait fusé à travers les insertions du diaphragme. Une ponction aspiratrice faite quelques jours

après laisse un petit trajet fistuleux par lequel l'air s'échappe pendant les secousses de toux du malade.

L'autopsie a contrôlé peu après ce diagnostic.

L'observation paraît être la première connue de pyopneumothorax ayant gagné la région lombaire; on ne connaissait antérieurement que des pleurésies purulentes simples ayant fusé dans la même région.

V

(*Séance du 22 novembre.*) M. Lemoine lit un long travail sur la contagiosité de la scarlatine, à propos de l'épidémie qui a sévi l'année dernière sur l'armée de Paris. Il rappelle que pendant longtemps l'opinion générale dans le corps médical était que la scarlatine était surtout contagieuse pendant la période de desquamation, et que les squames étaient le moyen de cette contagion; que, depuis quelques années, un certain nombre de médecins croient plutôt à la contagion pendant la période de début de la scarlatine, avant l'éruption, au moment de l'angine scarlatineuse. Il cite un grand nombre d'auteurs pour la première et pour la seconde opinion.

Il a été facile de contrôler dans les infirmeries régimentaires les débuts des scarlatines; or, comme on évacue immédiatement dans les hôpitaux les malades reconnus scarlatineux et que l'épidémie continue dans les chambrées des casernes, il est bien évident que c'est au début de la scarlatine que la contagion a eu lieu. Le Dr Lemoine cite un grand nombre de faits de contagion en faveur de cette manière de voir. Par contre il cite plusieurs faits paraissant démontrer que la contagion n'a pas lieu pendant la desquamation.

Un homme entre au Val-de-Grâce le 27 mars pour une

angine ; il en sort le 6 avril pour rentrer à son régiment où il couche dans une chambrée de 25 hommes, n'ayant jamais eu la scarlatine ; il est employé toute la journée à la cantine où il se trouve en contact avec la famille du cantinier et tout le régiment. Le 21 avril, il commença à desquamer et bientôt la desquamation devient tellement abondante que, suivant son expression, il pouvait ramasser les lambeaux épidermiques à la poignée. Désirant conserver son emploi, cet homme ne se présenta pas à la visite et ne vint trouver le médecin qu'à la fin du mois de mai, ayant été pris de douleurs lombaires assez fortes. A ce moment, il présentait encore des traces de desquamation aux pieds et aux mains. Le régiment de cet homme n'a envoyé à l'hôpital que quatre cas de scarlatine (les 10, 11, 19 et 20 avril) soit tous avant qu'il ait commencé à desquamer.

M. Le Gendre est du même avis et il croit que tous les médecins d'hôpitaux d'enfants sont d'accord sur ce sujet. Pour lui la scarlatine est surtout contagieuse au début.

Il cite plusieurs faits à l'appui et entre autres l'histoire d'une femme qui avait été envoyée à l'hôpital Broca comme atteinte d'angine syphilitique et qui avait un début de scarlatine ; elle ne fit qu'un séjour de vingt-quatre heures dans la salle et ce temps suffit à contagionner trois syphilitiques.

M. Sevestre croit la contagion possible et au début et pendant la période de desquamation.

VI

M. Comby vient décrire avec détails l'énanthème buccal de la rougeole qu'il a pu observer cette année à l'hôpital Trousseau.

« Quand on examine avec soin la cavité buccale des enfants en pleine éruption de rougeole, voici ce qu'on observe.

« 1° Un *gonflement* général, mais modéré, de la muqueuse des gencives, des joues, de la langue, du palais, etc. ;

« 2° Une *rougeur violacée* diffuse de toutes ces parties, avec ou sans sécrétion exagérée de la salive ;

« 3° Un *exsudat*, un dépôt pultacé, blanchâtre ou opalin, occupant, d'une façon partielle et irrégulière, les gencives, la face interne des lèvres, le sillon gingivo-labial, le plancher de la bouche, parfois la face inférieure de la langue.

« Cet enduit pultacé figure parfois des festons qui encadrent les dents. Quand on presse sur lui, avec la pulpe de l'index, on l'enlève facilement sans faire saigner la muqueuse, qui est intacte.

« Donc érythème buccal accompagné ordinairement d'enduit pultacé, telle est la *stomatite érythémato-pultacée* de la rougeole.

« Cette manifestation buccale marche avec l'éruption cutanée et s'éteint avec elle, elle est absolument parallèle. Elle la précède peut-être fréquemment et pourrait alors concourir au diagnostic précoce de la rougeole, en même temps que le catarrhe oculo-nasal, le piqueté du voile du palais, etc. »

La communication de M. Comby n'a pas été admise par ses collègues et MM. Le Gendre, Marfan et Rendu pensent que ces symptômes ne doivent se trouver que chez les enfants ayant de mauvaises dents ou des dents mal tenues; en un mot ils les attribuent non à la rougeole, mais à une mauvaise hygiène.

Je dois ajouter que j'ai recherché tout exprès chez un

petit malade que je soigne en ce moment pour la rougeole, les symptômes décrits par M. Comby et que je les ai trouvés, bien que mon petit malade, enfant d'une famille aisée, soit dans les meilleures conditions hygiéniques possible, et que l'on ait bien soin de lui faire laver les dents chaque matin.

Dr MARC JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

MOELLE DES OS DANS L'ANÉMIE PERNICIEUSE.

Le Dr Barrs, dans un cas d'anémie pernicieuse, dans lequel l'arsenic avait été donné pendant un mois à des doses telles qu'il avait causé la paralysie des bras et des jambes, sans améliorer d'ailleurs l'état général, obtint une guérison rapide et durable par l'usage de la moelle des os (*bone marrow*). Ce remède a été proposé en Angleterre par le Dr Dixon Maun en 1894, dans l'anémie chronique, l'hémophilie, la chlorose prolongée, affections où il a donné de bons résultats. J'ai eu l'occasion moi-même de la prescrire à Paris depuis quelques années, avec des résultats encourageants. (*The Hahnemannian Monthly Philadelphia.*)

PARALYSIE FACIALE.

Le Dr Berlin relate un cas de paralysie faciale, *à frigore*, datant de quatorze jours, guéri par l'alternance de *rhus tox.*, 3e trit. déc., et d'*aconit* 3e déc. (*Leipziger Populaere Zeitschrift fuer Homœopathie.*)

AURUM DANS L'OPHTHALMIE SCROFULEUSE.

Le Dr Dahlke rapporte un cas d'ophthalmie chez un enfant de cinq ans. La photophobie était intense, l'écoulement de larmes abondant et âcre, la conjonctive rouge, la cornée opaque et couverte de phlyctènes. Le bord des paupières était entièrement enflammé, la douleur peu intense. *Arsenic*, *rhus*, *mercure* furent administrés sans résultat pendant cinq mois. Finalement on donne *aurum mur.*, 6e déc., et très rapidement la guérison fut obtenue. (*Idem.*)

KALI BICHROMICUM DANS LA TOUX CONSÉCUTIVE AUX REPAS.

Le Dr W. I. Pierre raconte qu'il a donné ses soins à un homme âgé de 40 ans, qui depuis plusieurs mois était pris de toux intense qui ne cessait qu'après le vomissement des aliments. Il avait en même temps du coryza avec sécrétion claire et liquide. Il avait en même temps du catarrhe naso-pharyngien avec sécrétion muqueuse. Le Dr Pierre lui prescrivit *kali bichr. I*, une dose toutes les deux heures. Après cinq jours de médication, il ne vomissait déjà plus, et après trois mois il était complètement guéri. Aucun traitement local n'avait été prescrit. (*North American Journal of Homœopathy.*)

SYMPHORICARPUS RACEMOSA DANS LES NAUSÉES ET LES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE.

Le Dr Haines donne l'observation d'une femme âgée de 38 ans, qui devint enceinte pour la seconde fois en 1893. Aussitôt elle fut prise de nausées et de vomissements dès qu'elle mangeait quelqu'aliment. Une particularité était

à remarquer, c'est qu'elle n'était pas incommodée dans la position horizontale. La moindre odeur lui donnait des nausées, l'appétit était presque nul. *Cocculus*, *ipeca*, *kreosote*, *nux*, *petroleum*, *tabacum*, *arsenic*, *bryon*, *cuprum*, *arsenic*, furent successivement employés sans résultat. Son médecin lui donna alors, suivant les errements allopathique, l'*oxalate de cérium* et le *sous-nitrate de bismuth*, sans succès. Enfin il lui prescrivit *symphoricarpus racemosa*, 1re déc. A partir de ce moment l'amélioration fut rapide, et après quelques jours les nausées et les vomissements cessèrent définitivement. (*Idem.*)

LEMNA MINOR DANS LA RHINITE ATROPHIQUE.

Le Dr Thomas L. Shearer recommande *lemna minor* dans les cas de rhinite atrophique avec croûtes, écoulement muco-purulent abondant et fétide. Son action est merveilleuse, mais il ne faut pas l'adminisirer à trop faible dilution. (*Homœop. Eye, Ear and Throat journal.*)

CUPRUM DANS LE PSORIASIS.

Le Dr Inackechnie publie un cas de psoriasis datant de deux ans, chez une jeune fille de 10 ans. Il y avait des placards aux coudes, aux genoux, en forme d'anneaux (circiné). Les fonctions digestives étaient régulières et le reste de la santé satisfaisant. Il ordonna *cuprum metallicum*. Après une semaine il y avait une légère amélioration, les placards avaient diminué vers leur circonférence, et paraissaient moins enflammés. *Cuprum* fut continué. La semaine suivante l'amélioration avait fait de nouveaux progrès, mais en temps les glandes cervicales étaient gonflées et douloureuses. A cause de cette complication on

ordonna *rhus* le soir et *cuprum* le matin. Les glandes disparurent rapidement et *cuprum*, continué seul, procura la guérison complète du psoriasis, après un mois environ de traitement. (*Monthly homœop. Review.*)

TRAITEMENT DE LA CYSTITE.

Parallèlement au traitement local, le Dr Kemp recommande les médicaments internes qui suivent :

Apis mell. — Utile dans la cystite causée par l'usage de remèdes irritants ; dans l'albuminurie qui accompagne la desquamation de la scarlatine ; dans l'irritabilité morbide des organes urinaires ; sensation de brûlure dans l'urèthre ; besoin d'uriner fréquent avec émission peu abondante et sanglante ; strangurie.

Belladona.—Hypogastre sensible à la pression. Pesanteur la nuit à la région vésicale. Besoin fréquent d'uriner, avec diminution de l'urine.

Cantharis. — Violent ténesme de la vessie avec strangurie ; émission douloureuse de quelques gouttes d'une urine sanglante ; pressant besoin d'uriner avec très faible quantité d'urine dans la vessie ; sensation de brûlure en urinant et sans uriner.

Equisetum. — Dysurie, particulièrement chez les femmes ; la vessie est sensible, besoin constant d'uriner et émission d'une grande quantité d'urine légèrement colorée ou claire sans soulagement, l'urine laisse déposer une grande quantité de mucus.

Chimaphila. — Cystite chronique ; grande quantité de muco-pus dans l'urine.

Eucalyptus. — Incontinence ; dysurie ; cystite catarrhale.

Mercurius corrosivus. — Hématurie ; émission d'urine difficile et douloureuse ; filaments muqueux ressemblant à de la chair dans l'urine.

Consultez aussi *acide benzoïque*, *hydrastis*, *lycopodium*, *sepia*, *buchu* et *uva urs.* (*The Clinique*, avril 1895.)

Natrum sulfurium et natrum carbonicum.

Ces médicaments ont, aussi bien que *sulfur*, parmi leurs symptômes, la sensation de vide à l'épigastre : « gnawing hunger »,calmés par une petite quantité d'aliments.Disons en passant, à propos de ce symptôme, que *phosphorus* a : faim constante obligeant à se lever la nuit pour manger ; avec *ferrum* et *iodium* la faim est vorace, de plus avec *iodium* la maigreur persiste malgré l'alimentation. Le malade auquel convient *calcarea* recherche avec avidité les aliments gras. (*The Clinique.*)

Eryngium aquaticum dans les coliques néphrétiques.

Ce remède amena la guérison d'un cas ancien, sujet à de fréquentes récidives, à la dose de V gouttes de teinture mère, trois fois par jour.(*Medical Century*, 1er août 1895.)

Capsicum dans le traitement du delirium tremens.

Le Dr R. D. Matchan recommande l'emploi de ce médicament au début, à la teinture mère. Les effets ne seraient pas seulement satisfaisants,mais surprenants.(*American Homœop.*, 3 septembre 1895.)

Pérityphlite

Le Dr Black préconise l'emploi de bryon T. m. dans la

pérityphlite. Lorsque la constipation est opiniâtre, il administre avec avantage *trifolium pratense T. m.*, IV gouttes dans un verre d'eau, une cuillerée toutes les deux heures. C'est le médicament le plus efficace dans ces sortes de constipation ; il remplace avantageusement l'huile de ricin qui souvent fait revenir les douleurs et les vomissements. (*Monthly homœopathic Review.*)

Traitement du favus

Le Dr Berlin, de Liagnitz, recommande le traitement suivant :

Enduire le cuir chevelu d'huile d'olive afin de ramollir et faire tomber toutes les croûtes. Le lendemain, peigner la tête à l'aide d'un peigne très fin et enlever autant que possible les amas de champignons.

Laver la tête avec solution aqueuse de *Merc. corr.* 3 déc., 2 fois par jour pendant quelques semaines.

A l'intérieur : *sulphur* 30 et *merc. sol.* 30. Plus tard : *arsenic* et *graphytes* ou *thuya*. (*Populare Zeitschrift für Homoopathic.*)

Bryonia

Le Dr E. Lippincolt corrobore par sa pratique, les conseils de Jahr, qui prétend que ce médicament est le seul qui puisse faire avorter les furoncles. Jahr recommandait de donner la 30e dilution, à la période de début. Encouragé par ses succès, notre confrère essaya le même remède contre le panaris, et en obtint d'excellents résultats. (*Americ. Homœopathist*, may 1895.)

Cimicifuga.

Un praticien de la vieille Ecole recommande une large application de teinture de *cimicifuga*, comme causant un grand soulagement à la douleur des yeux et à la photophobie. On pourra appliquer le médicament sur les paupières avec un pinceau en poil de chameau. (*Hom. Recorder.*)

Le Dr Wingfield dit que dans deux cas de sa pratique, l'usage de ce remède paraît avoir sauvé la vie d'enfants nouveau-nés. En premier lieu, quatre enfants étaient venus mort-nés, sans qu'on pût en découvrir la cause, et la mère n'avait pu encore mettre au monde un enfant vivant ; dans l'autre cas, la mère avait eu deux enfants mort-nés et n'en avait pas de vivant. Après avoir administré ce médicament d'une façon quotidienne, à la première dilution décimale, pendant les deux derniers mois de la grossesse, les deux mères mirent au monde des enfants pleins de santé, et qui sont actuellement bien portants. (*Ibidem, april* 1895.)

Filix Mas.

L'usage de ce remède, administré comme anthelmintique, a produit la cécité, avec mydriase, décoloration de la papille, et atrophie du nerf optique. « Poulson a relevé trente cas d'empoisonnement suivis d'une terminaison mortelle. Il considère l'acide filicique amorphe comme toxique, tandis que cristallisé il ne serait pas dangereux. » (*Hahn. Monthly, mars* 1895.)

Hamamelis.

Dans un article sur le traitement local des brûlures, le

Dr H.-H. Chase relate avec satisfaction les cas où l'applition de cette substance lui a donné des résultats favorables. Le bourgeonnement de la plaie se produit rapidement, et la cicatrice est souple et de bonne apparence.

En dix jours il obtint la cicatrisation d'une brulûre profonde ayant dépouillé la surface dorsale entière de la main. (*Minneapolis homœop. Magazine.*)

Naja in Asthma.

Un rédacteur du journal *Medical advance*, raconte qu'il était atteint depuis quinze ans de crises d'asthme intenses, contre lesquelles tous les remèdes avaient échoué. Il essaya *naja* à la 30e dilution, et en obtint un résultat excellent. Il le recommande surtout dans les crises d'asthme accompagnées de catarrhe nasal, ressemblant au *hay-fever*. (*American homœopathist.*)

Cancer.

Le Dr Cowperthwaite, dans la discussion sur le cancer, raconte qu'il a essayé dans le traitement de cette maladie un remède populaire, avec de bons résultats. C'est le « sheep's sorrel » *rumex acetosella*, recueilli en juin et séché sur des plaques d'étain. Il a traité avec les feuilles sèches de cette plante, en applications locales, dix-huit cas d'épithélioma de la face, sur lesquels il n'a eu que trois insuccès. *(North amer. jour. of Hom.)*

Billroth dit que l'emploi de l'arsenic, contre cette maladie, particulièrement dans le lympho-sarcome, lui a paru donner toujours un certain résultat, retardant les progrès du mal et diminuant les douleurs. (*Minneapolis Hom. Magazine.*)

Dr J. P. Tessier.

Intoxication par les vapeurs de brôme. (*Société de médecine berlinoise*, 6 nov. 1895.)

M. Bruck présente un jeune homme âgé de 29 ans, qui se trouva exposé un jour à respirer pendant son travail des vapeurs de brôme.

Il fut atteint le soir de violentes coliques, de diarrhée et de vomissements. Le lendemain, il se plaignit de vives démangeaisons sur tout le corps; la paume des mains était rouge; le tronc et les extrémités étaient couverts d'un exanthème ressemblant à celui de la rougeole et à celui de l'urticaire. L'urine était normale.

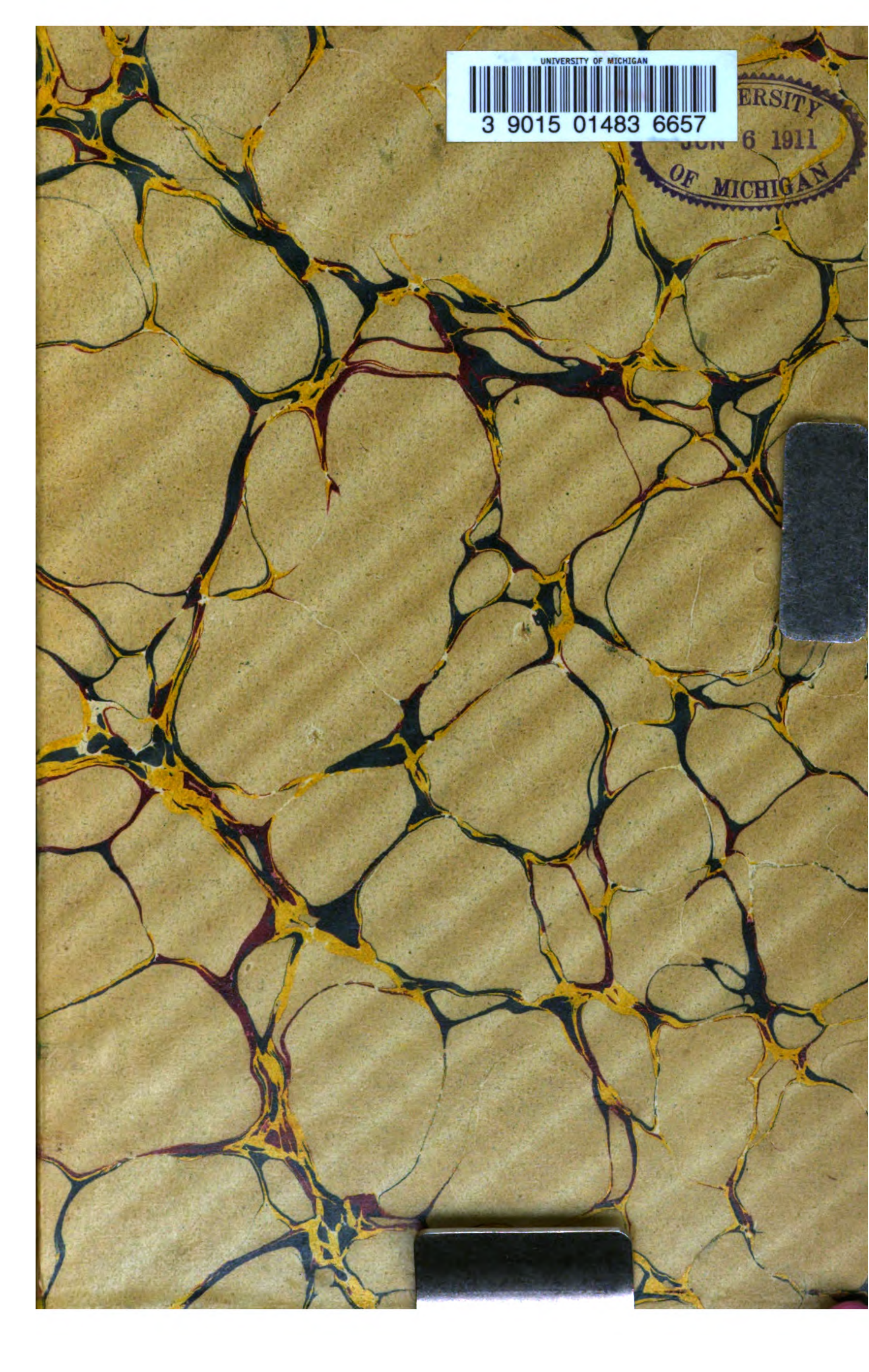
COURS DE CLINIQUE THERAPEUTIQUE

Le Dr P. Jousset, ancien interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris, commencera le mardi 3 décembre, à 5 heures 1/2 du soir, à l'hôpital Saint-Jacques, un cours de clinique thérapeutique au lit du malade. Ce cours sera continué à la même heure les mardis et vendredis suivants.

TABLE DES MATIÈRES

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY. 52, rue Madame. — *Téléphone.*


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 01483 6657
ERSITY
JUN 6 1911
OF MICHIGAN